

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ  
ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
Κος ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ  
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΜΑΙΟΣ 2004**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	3
1.1. Θέση και έκταση του μαστού.....	3
1.2. Υφή του μαστού.....	3
1.3. Αγγείωση του μαστού.....	6
1.4. Νεύρωση του μαστού.....	7
1.5. Φυσιολογική λειτουργία του μαστού.....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	11
2.1. Γενετικοί παράγοντες.....	11
2.2. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες.....	14
2.3. Εξωγενείς συνήθειες.....	17
2.4. Ατομικές συνήθειες.....	19
2.5. Εξωγενείς ιατρογενείς παράγοντες.....	23
2.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	23
2.7. Άλλοι παράγοντες.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	29
3.1. Κλινική διάγνωση.....	29
3.2. Εργαστηριακή διάγνωση.....	33
3.3. Εγχειρητική διάγνωση.....	41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
4.A. Μέθοδοι θεραπείας καρκίνου.....	44
A.1. Χειρουργική θεραπεία.....	44
A.2. Χημειοθεραπεία.....	46

A.3. Ακτινοθεραπεία.....	47
A.4. Ορμονοθεραπεία.....	48
A.5. Ανοσόθεραπεία.....	49
4.B. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαδικασία θεραπείας καρκίνου του μαστού...	49
B.1. Νοσηλευτική παρέμβαση μετά τη χειρουργική θεραπεία.....	49
B.2. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χημειοθεραπεία.....	62
B.3. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία.....	67
B.4. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ορμονοθεραπεία.....	69

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	71
5.2. Ο ρόλος της οικογένειας.....	74

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	78
6.2. Δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη.....	80
6.3. Δραστηριότητες στη δευτερογενή πρόληψη.....	83
- Μαστογραφία σάρωσης.....	88
- Μαστογραφία.....	91
- Αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΝ).....	94
6.4. Δραστηριότητες τριτογενούς πρόληψης.....	96

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΣ

7.1 Ο μαστογράφος σήμερα .....	100
7.2 Η εικόνα του μαστού στη μαστογραφία .....	103
7.3 Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος .....	109
7.4 Κίνδυνοι από τη μαστογραφία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις .....	111
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>120</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού, της γυναίκας, παγκόσμια αποτελεί το δεύτερο κατά σειρά συχνότητας όγκο στη γενική κατάταξη των όγκων. Υπολογίζεται, ότι, ετησίως από τη νόσο πεθαίνουν 500.000 γυναίκες.<sup>1</sup>

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άντρες εμφανίζεται σπανιότατα. Κατά την πενταετία 1981 - 1985 προκάλεσε 5757 θανάτους γυναικών ενώ μόνο 22 θανάτους αντρών. Με άλλα λόγια το 17% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες οφειλόταν σε καρκίνο του μαστού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άντρες ήταν μόλις 0,04%.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1151 θανάτων ανά έτος.<sup>2</sup>

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε συχνότητα 27% σε σχέση με τον καρκίνο κάθε άλλης εντόπισης. Μία στις 12 Ελληνίδες θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της κατά τη διάρκεια της ζωής της.<sup>3</sup>

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια του γυναικείου πληθυσμού στις δυτικές χώρες. Ειδικά στις ΗΠΑ και στη Βόρεια Ευρώπη αποτελεί πρόβλημα κοινωνικής υγείας. Μια γυναίκα στις δέκα, τουλάχιστον, κατά τη διάρκεια της ζωής της θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τις τελευταίες αξιολογήσεις η αναλογία αυτή ενδεχομένως να είναι και μεγαλύτερη.

Το 1995, στις ΗΠΑ, στο σύνολο των καρκίνων που εμφανίζεται στις γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 32% αυτών. Το ίδιο χρονικό διάστημα σημειώθηκαν 182.000 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες (1.400 στους άντρες), ενώ οι θάνατοι από τη νόσο ανήλθαν στις 46.000 περίπου.

Κατά τους υπολογισμούς της Αμερικανικής Καρκινικής Εταιρείας η αναλογία καρκίνου του μαστού στις γυναίκες 1: 9, στο τέλος του αιώνα θα

είναι 1: 7. Σήμερα έχει εκτιμηθεί ότι, εάν η ετήσια επίπτωση της νόσου και της θνησιμότητας παραμένουν χωρίς αλλαγές, τότε ο καρκίνος του μαστού θα παρουσιαστεί σε κάθε μία ανά οκτώ γυναίκες (δηλ. 12,2%) κατά τη διάρκεια της ζωής της και το 3,6% των γυναικών θα αποβιώσουν από τη νόσο. Τέλος δε, ότι το 7% του γυναικείου πληθυσμού θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μέχρι της ηλικίας των 70 ετών. <sup>1</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι εξωκρινής αδένας, που χαρακτηρίζει την τάξη των θηλαστικών και των δύο φύλλων. Είναι, όμως, σημαντικά ατροφικοί στο αρσενικό και αρκετά ανεπτυγμένοι στο θηλυκό.

#### 1.1 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2<sup>η</sup> - 3<sup>η</sup> και 6<sup>η</sup> - 7<sup>η</sup> πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί εντός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ.

#### 1.2 ΥΦΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωθητικού κύκλου.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και αστικό αδένες.

## Δέρμα

α. *Δέρμα*: Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15 - 20 πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

β. *Θηλαία άλως*: Αυτή αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15 - 35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικούρικούς.

## Περιμαστικό λίπος

Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ' αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας.

## Μαστικός αδένας

Αυτός έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Αποτελείται από:

*Λοβούς*: Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15 - 20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή.

Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι, που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες.

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς σε λόβια. Κάθε λοβός αποτελείται από 10 - 100 λόβια.

Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψελών, που εκβάλλουν σε κοινό πόρο. Έτσι κάθε λοβός αποτελείται:

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με δικό του τμήμα στη θηλή.

2. Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.

3. Από αδενοκυψέλες.

*Εκφορητικοί πόροι:* Αυτοί διελαύνουν τη θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. Ανέρχονται σε 15 - 20.

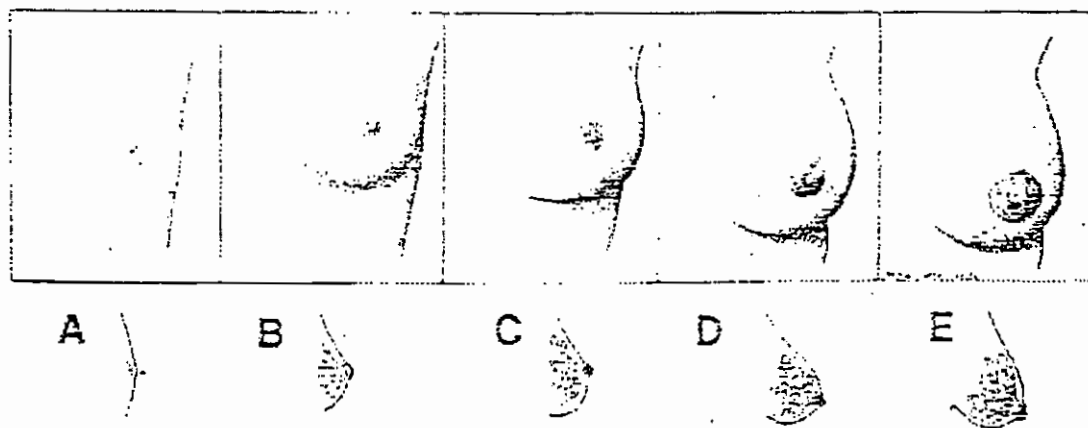
*Γαλακτοφόροι κόλποι:* Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς.

*Γαλακτοφόροι πόροι:* Αυτοί είναι τόσοι, όσος είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και ανάλογα με την εντόπισή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

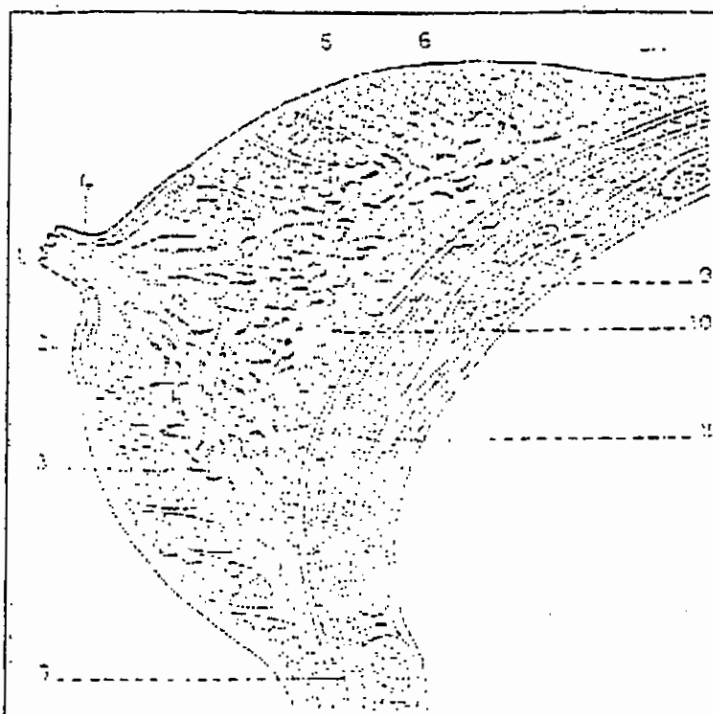
Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή, που παριστάνουν άθροισμα πολλών άβαθων εκκολπώσεων. (εικόνα1)

*Αδενοκυψέλες:* Αυτές αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένα και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί το λοβό του αδένα. (εικόνα 2)

Εικόνα 1. Η ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας.







Εικόνα 2. Οριζόντια τομή μαστού:

1. Θηλή, 2. Θηλαία άλω, 3. Σύνορομα του Cooper, 4. Γαλακτοφόροι πόροι, 5. Αδενοκυψέλες, 6. Λιπώδης ιστός, 7. Απονεύρωση μείζονα θωρακικού μυ, 8. Μυς, 9. Πλευρά, 10. Λιπώδης ιστός πίσω από το μαστικό αδένα.

### 1.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

#### Αρτηρίες

Οι αρτηρίες αυτές σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Αυτές είναι:

- ⇒ Έσω μαστική αρτηρία.
- ⇒ Πλάγια θωρακική αρτηρία.
- ⇒ Ακρωμιοθωρακική αρτηρία.
- ⇒ Υποπλάτιος αρτηρία.

#### Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές, πολλές φορές συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και

μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι. Οι φλέβες, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα. Αυτές είναι:

- ⇒ Έσω μαστικές φλέβες.
- ⇒ Μασχαλιαίες φλέβες.
- ⇒ Μεσοπλευρίες φλέβες.
- ⇒ Σπονδυλικές φλέβες.

#### *Λεμφική αγγείωση του μαστού*

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι της μασχάλης και αυτοί που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας:

- \* Λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη.
- \* Θωρακική οδός.
- \* Οπισθοθωρακική οδός.

Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι' αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Αυτοί ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες:

- \* Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους.
- \* Έσω μαστικούς θωρακικούς.
- \* Οπίσθιους ή υποπλάτιους.
- \* Κεντρικούς.
- \* Κορυφαίους ή υποκλειδίου.
- \* Υπερκλειδίου λεμφαδένες.

#### **1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.<sup>4</sup>

## 1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς.

### α. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυροειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

**Υποθάλαμος:** Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης που έχει σχέση με το μαστό. Δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυροειδοτρόπος ορμόνη.

**Υπόφυση:** Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

**Ωθήκες:** Οι ορμόνες των ωθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

**Οιστρογόνες ορμόνες:** Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα.

**Προγεστερόνη:** Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψέλων, και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

**Θυροειδής αδένας:** Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

**Επινεφρίδια:** Όπως κι ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

**Πλακούντας:** Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL). Η ορμόνη αυτή μοιάζει όμως και με τη δράση της προλακτίνης γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

**Νευρικό σύστημα:** Αυτό φαίνεται πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.<sup>5</sup>

## β. Έναρξη της γαλουχίας.

Τις τελευταίες ημέρες της εγκυμοσύνης και μια έως δύο μέρες μετά τον τοκετό, εκκρίνονται από τους μαστούς μικρές ποσότητες υγρού, που έχουν μεγάλη σημασία, στη διατροφή του νεογνού και στην άμυνα του οργανισμού, γιατί περιέχουν αντισώματα, καθώς και στην αποβολή του περιεχομένου του εντέρου, του μηκωνίου.

Το υγρό αυτό λέγεται πύαρ και ως τη δέκατη ημέρα της λοχείας αυξάνεται σε ποσότητα και αραιώνεται. Τότε λέγεται μεταβατικό γάλα. Ύστερα την παίρνει οριστική σύσταση του γάλακτος.

Όταν εγκατασταθεί η έκκριση γάλακτος, οι μαστοί διογκώνονται, γίνονται επώδυνοι, η μασχαλαία ουρά τους είναι ψηλαφητή και το υποδόριο φλεβικό δίκτυο διακρίνεται εύκολα.

Το γάλα της μητέρας αποτελεί ιδεώδη τροφή του νεογνού, γιατί ανταποκρίνεται στις βιολογικές του ανάγκες.

Η λειτουργία της έκκρισης γάλακτος εξετάζεται από δύο απόψεις, την έναρξη και τη διατήρησή της.

Η έκκριση γάλακτος αρχίζει μετά τον τοκετό, γιατί πέφτει η στάθμη των οιστρογόνων ορμονών και της προγεστερόνης.<sup>4</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

---

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση πολλών μεταβλητών, που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον καρκίνο του μαστού. Ως αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού θεωρούνται:

#### 2.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

##### Το φύλο

Αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. υπολογίζεται ότι στον άντρα αντιστοιχεί ένας μόλις καρκίνος του μαστού για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες. Η συχνότητα πάντως καρκίνου μαστού σε άντρες με σύνδρομο Kline - Felter είναι 66 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού αντρικού πληθυσμού και υπολογίζεται ότι το 3,3% των αντρών με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν τη χρωμοσωμική αυτή ανωμαλία.

##### Ηλικία

Είναι δυνατόν από ένα χειρουργό κατά τη σταδιοδρομία του να καταγραφεί καρκίνος του μαστού σε μια ή δύο γυναίκες που ευρίσκονται μεταξύ 20 - 30 χρόνων. Ο καρκίνος του μαστού σ' αυτό το εύρος των ηλικιών εμφανίζεται πολύ σπάνια. Η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου στη γυναίκα αυξάνει σταθερά με την αύξηση της ηλικίας της και σ' ένα ποσοστό γυναικών ο καρκίνος εκδηλώνεται στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο.

Παρατηρείται δε, μια έντονη ανοδική αύξηση της νόσου στις ηλικίες μεταξύ 30 - 50 ετών αλλά στο διάστημα 50 - 55 ετών παρουσιάζεται

σταθερότητα στην επίπτωση, για να αρχίσει πάλι η αύξηση της επίπτωσης μέχρι ακόμα της ηλικίας των 75 ετών.

Η σημασία της σχέσης ηλικίας και του καρκίνου του μαστού γενικά είναι αποδεκτή. Η σχέση όμως της διεργασίας της φυσιολογικής γήρανσης του μαστού και του καρκίνου δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Η ταχύτητα και ο βαθμός εξέλιξης αυτής μπορεί ν' αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

Η γήρανση του μαστού είναι υπό την επιρροή διαφόρων ορμονικών επιδράσεων, εξαιτίας των οποίων η διεργασία αυτής της γήρανσης μπορεί να είναι διαφορετική από αυτή των άλλων ιστών.

Πίνακας 1. Διαστήματα ηλικίας κατά τα οποία η γυναίκα έχει πιθανότητα να διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού ( κατά Fewer και συν.).

Σε ηλικίες								
Από ηλικία	30	40	50	60	70	80	90	Γενικά
0	1: 2,525	1:217	1:50	1:24	1:14	1:10	1:8	1:8
30		1:233	1:50	1:23	1:13	1:9	1:8	1:8
40			1:63	1:26	1:14	1:10	1:8	1:8
50				1:41	1:17	1:11	1:9	1:9
60					1:28	1:14	1:11	1:10
70						1:24	1:16	1:14

### Οικογενειακό ιστορικό

Η ύπαρξη ιστορικού καρκίνου του μαστού στην οικογένεια αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου στα μέλη αυτής. Γενικά ένα ποσοστό 10 - 15% του καρκίνου του μαστού είναι σχετικό με το οικογενειακό ιστορικό. Όπως και άλλες παθήσεις κληρονομικού χαρακτήρα, έτσι και οι γενετικοί τύποι του καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία, είναι αμφοτερόπλευροι και παρουσιάζουν υψηλή διεισδυτικότητα.

Ο κίνδυνος αφορά κυρίως άτομα με πρώτου βαθμού συγγένεια, δηλαδή μητέρα, αδερφή, κόρη, γιαγιά ή θεία ή πατέρα, αδερφό ή άρρεν τέκνο. Το ιστορικό του καρκίνου του μαστού της μητέρας ή της αδερφής αυξάνει τον

κινδύνο κατά δυο ή τρεις φορές. Εάν σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δύο, εμφανίζουν καρκίνο ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο ή σημειώνεται καρκίνος στην ηλικία των 40 – 45 ετών, τότε τα προαναφερόμενα αποτελούν επί πλέον παράγοντες αύξησης του κινδύνου.<sup>1</sup>

Επίσης στις συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδερφή, κόρη) ο κίνδυνος είναι συνάρτηση όχι μόνο του αν ο καρκίνος ήταν αμφοτερόπλευρος (5,4 φορές αύξηση) αλλά και του αν συνέβη κατά τη διάρκεια της προεμμηνοπαυσιακής περιόδου (3 φορές αύξηση) ή μετεμμηνοπαυσιακής (1,5 φορές αύξηση). Ο υψηλότερος κίνδυνος (8,8 φορές αύξηση) παρατηρείται σε συγγενείς ασθενών με αμφοτερόπλευρο καρκίνο που αναπτύχθηκε στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Προφανώς αυτές οι γυναίκες χρειάζονται προσεκτική παρακολούθηση λόγω του υψηλού κινδύνου νόσησης σε σχετικά μικρή ηλικία.<sup>6</sup>

Πίνακας 2. Σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό (κατά Bain και συν.).

Παράγοντες	Δείκτης σχετικού κινδύνου
Ένας 1 <sup>ου</sup> βαθμού συγγενής με καρκίνο μαστού	1,5 – 2,0
Δύο 1 <sup>ου</sup> βαθμού συγγενείς με καρκίνο μαστού	5,0
1 <sup>ου</sup> βαθμού μετεμμηνοπαυσιακή συγγ. με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού	~ 10.0
1 <sup>ου</sup> βαθμού προεμμηνοπαυσιακή συγγ. με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού	~ 20.0

Η αύξηση κινδύνου της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, που προέρχεται από τα άτομα της μητέρας και του πατέρα είναι ίδια.<sup>1</sup>



Έχει διαπιστωθεί η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδερφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι, η πρόγνωση του καρκίνου στις γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό είναι κακή. Πάντως, υπάρχουν άλλοι, οι οποίοι δεν αποδέχονται την άποψη αυτή, σε βαθμό να ισχυρίζονται ότι, οι γυναίκες αυτές όχι μόνο δεν έχουν κακή πρόγνωση, αλλά ενδεχομένως και καλύτερη. Αυτό εν μέρει στηρίζεται στο ότι οι γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό προσέρχονται στο γιατρό για προληπτικές εξετάσεις με αποτέλεσμα να εντοπίζεται εγκαίρως κάθε κακοήθεια, να αντιμετωπίζεται θεραπευτικώς συμβάλλοντας έτσι στην καλλίτερη πρόγνωση.

Πίνακας 3. Οικογενής ή κληρονομικός καρκίνος (κατά Ford και συν.).\*

Παράμετροι	Επιπτώσεις
Νεαρά ηλικία	Το 80% των φορέων, νοσούν <60 ετών
Αμφοτερόπλευρη εντόπιση	Το 10% μετά 7/ετία Το 37% μετά 20/ετία Το 85% μέχρι της ηλικίας των 70 ετών
Βαθμός συγγενείας	1 <sup>ος</sup> , 2 <sup>ος</sup> – 3 <sup>ος</sup> , αύξηση επίπτωσης

\* Κριτήρια χαρακτηρισμού «οικογενούς» ή «κληρονομικού» καρκίνου του μαστού και οι αναμενόμενες επιπτώσεις από κάθε ένα παράγοντα. Παρουσιάζεται στη νεαρή ηλικία, με αμφοτερόπλευρη εντόπιση και απαραίτητα σε δύο ή περισσότερα πρώτου βαθμού συγγενείας άτομα.<sup>4</sup>

## 2.2 ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Από πολλά χρόνια είναι γνωστή η επίδραση των ορμονών, αναφορικά με τον κίνδυνο και την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Η σπάνια εμφάνιση καρκίνου μαστού στον άνδρα, φέρει σε σκέψη τη δικαιολογία του διαφορετικού ορμονικού περιβάλλοντος. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου

μαστού στις γυναίκες, οι οποίες σε νεαρή ηλικία έχουν υποστεί αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομή είναι πολύ μειωμένος. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο μελετήθηκαν κάποιοι ιδιοσυστασιακοί παράγοντες που έχουν σχέση με ορμονικό περιβάλλον του οργανισμού και δυνητικά αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.<sup>1</sup>

Αναφέρονται:

#### Ηλικία εμμηναρχής

Η καταγραφή εμμήνου ρύσης προ των 13 ετών, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά δύο φορές, σε σύγκριση με την αργότερη έναρξη. Έχει υπολογισθεί για κάθε χρόνο καθυστέρησης της εμμηναρχής ο κίνδυνος του καρκίνου του μαστού μειώνεται κατά 20%. Γυναίκες με εμμηναρχή πριν τα 12 έχουν 1,7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο απ' ό,τι αυτών που η έμμηνος ρύση άρχισε μετά τα 15 χρόνια.

#### Ηλικία εμμηνόπαυσης

Υπάρχουν πληροφορίες ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν εμμηνόπαυση μετά το 55<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, έχουν κατά δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο, από αυτές που η εμμηνόπαυση σημειώνεται προ των 44 ετών.

Σε αυτό το σημείο φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και το σύνολο του χρόνου του κύκλου. Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού είναι ο μεγαλύτερος στις γυναίκες με διάρκεια κύκλου άνω των 30 ετών, σε σύγκριση με εκείνες με διάρκεια κύκλου κάτω των 30 ετών.

Η αύξηση αυτού του χρόνου μπορεί να οφείλεται στην καθυστέρηση της εμμηνόπαυσης, στην πρόωμη εμμηνόπαυση ή και στα δύο μαζί.

#### Διακοπή κύησης

Αναφορικά με την αυτόματη ή προσκληθείσα αποβολή, φαίνεται ότι, σαν εγκυμοσύνη χάνει τον προστατευτικό της ρόλο και μάλλον αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Και τούτο, διότι πιθανώς με τη διακοπή της εγκυμοσύνης, η επίδραση επί του επιθηλίου του μαστού είναι

μόνο της υψηλής συχνότητας στο αίμα οιστρογόνων, της πρώτης περιόδου της εγκυμοσύνης.<sup>4</sup>

### Γάμος και τεκνοποίηση

Η πρώτη παρατήρηση, ήδη από το 1700, ότι ο καρκίνος μαστού ήταν συχνότερος στις καλόγριες παρ' ότι στις υπόλοιπες γυναίκες, οδήγησε στη σκέψη ότι η τεκνοποιία πρέπει να ενέχεται στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.<sup>2</sup>

Οι γυναίκες που δε γέννησαν, εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού. Όμως μικρότερη από αυτές, που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια. Έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που τεκνοποιούν μεταξύ 30 – 34 χρόνων, είναι ο ίδιος με αυτών που έχουν οι άτοκες και είναι 2 – 5 φορές μεγαλύτερος εκείνων που τεκνοποιούν στην ηλικία των 18 – 19 ετών. Η τεκνοποίηση δε, μετά τα 35 χρόνια, εμφανίζει μεγαλύτερο κίνδυνο, σε σύγκριση με τις άτοκες.

Όσον αφορά τον αριθμό των τοκετών, δεν διαπιστώθηκε πως ο μαστός προστατεύτηκε από τον καρκίνο στις πολύτοκες.

Σημαντικότερη είναι η ηλικία του πρώτου τοκετού. Ο τοκετός ο οποίος καταγράφεται προ των 19 ετών, ελαττώνει τον κίνδυνο καρκίνου κατά 50%, σε σύγκριση με την άτοκη γυναίκα.<sup>1</sup>

Όσον αφορά το φύλλο του πρώτου εμβρύου, πιστεύεται, πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων από εμβρύου ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.<sup>4</sup>

### Θηλασμός

Πιστεύαμε πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δε θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα όμως, δεχόμαστε την προστασία του θηλασμού και μάλιστα, πως,

όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα διαρκεί, τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.

**Πίνακας 4. Αναφορά παραγόντων κινδύνου και προστασίας από τη δράση των ορμονών.**

Παράγοντες κινδύνου.

- Πρώιμη εμμηναρχή.
- Όψιμη εμμηνόπαυση.
- Παχυσαρκία (μετεμμηνοπαυσιακών).
- Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.

Παράγοντες προστασίας.

- Θηλασμός (γαλουχία).
- Μικρή ηλικία πλήρους κύησης.
- Αθλητισμός (άσκηση).<sup>1</sup>

### 2.3 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### *Μετεμμηνοπαυσιακή αναπλήρωση οιστρογόνων ορμονών.*

Η εφαρμογή θεραπείας στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με ωοθηκικές ορμόνες έχει στόχο να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, να αποτρέψει την οστεοπόρωση και να μειώσει τον κίνδυνο των καρδιοπαθειών. Η σχέση χορήγησης, προς αναπλήρωση των οιστρογόνων στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, κατά τα τελευταία 15 – 20 χρόνια έγινε αντικείμενο αναρίθμητων επιδημιολογικών μελετών.

Τα αποτελέσματα των μελετών έχουν διαφορές και είναι ασαφή. Μερικές εργασίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, ο κίνδυνος οπωσδήποτε αυξάνεται και άλλες, ότι δεν υπάρχει επίπτωση. Αντίθετα, υπάρχουν και άλλες, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, υπάρχει ελάττωση του κινδύνου.

Η ανάλυση των εργασιών καταδεικνύει ότι, η εμμηνοπαυσιακή αναπλήρωση οιστρογόνου αυξάνει κατά τι τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.<sup>1</sup>

Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι η μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού σε συγκεκριμένες κατηγορίες γυναικών, όπως οι άτοκες γυναίκες, αυτές με ηλικία πρώτης κύησης άνω των 30 και αυτές με θετικό οικογενειακό ιστορικό.

Επίσης, ο συνδυασμός οιστρογόνων με προγεστερόνη ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού και θεωρείται σαν η ασφαλέστερη μέθοδος στη θεραπεία υποκατάστασης.

Όμως το έτος 1995, υπάρχει μια ανακοίνωση στην οποία αναφέρεται ότι, τα οιστρογόνα ή ο συνδυασμός με προγεστερόνη αυξάνει τον κίνδυνο του διηθητικού καρκίνου του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται περισσότερο στις ηλικίες των 55 ετών και άνω και για ορμονοθεραπεία, που εφαρμόζεται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών. Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι, δεν ελαττώνει τον κίνδυνο του καρκίνου μαστού.

Η αναπλήρωση ορμονών δεν είναι σε θέση να λύσει τα προβλήματα των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Εξ' άλλου αυτές οι ορμόνες δεν μπορούν να θεωρηθούν σαν το ελιξίριο της νεότητας. Αυτό βέβαια δεν υποδηλώνει ότι δεν πρέπει να χορηγούνται θεραπευτικώς. Πρέπει να υπάρχει όμως, η επιλογή της αρρώστου, των σκευασμάτων, καθώς να προσδιορίζεται και ο χρόνος χορήγησής τους.<sup>2</sup>

#### *Αντισυλληπτικά από του στόματος (per os)*

Η χρησιμοποίηση των per os αντισυλληπτικών και η δυναμική επίδραση αυτών επί του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, έχει οδηγήσει σε πάμπολλες επιδημιολογικές μελέτες. Η ανάλυση και η αξιολόγηση αυτών των εργασιών δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στις γυναίκες

που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά περισσότερο από 10 χρόνια ο σχετικός κίνδυνος σημειώνεται σε 1,14.

Επίσης υποστηρίζεται ότι η μακροχρόνια λήψη τους (2 – 4 χρόνια) από μικρή ηλικία σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα της νόσου, ιδιαίτερα όταν η χρήση τους προηγείται του πρώτου τοκετού.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι, η αποτροπή μιας προγραμματισμένης κύησης με αντισυλληπτικά φάρμακα, ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι η λήψη οιστρογόνων ορμονών μετεμμηνοπαυσιακά.

Συμπερασματικά, η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών *per os* δε φαίνεται να έχει επίπτωση επικινδυνότητας καρκίνου του μαστού.<sup>1</sup>

## 2.4 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

### Διατροφή και λίπη

Το θέμα της διατροφής σαν σημαντικός παράγοντας έχει πολυσυζητηθεί. Από εργαστηριακές μελέτες παρατηρήθηκε ότι, τα ποντίκια τα οποία σιτίζονται με τροφές πλούσιες σε λίπη, εμφανίζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του μαστού. Πάλι από εργαστηριακές μελέτες αναφέρεται ότι, ανεξάρτητα από το πλούσιο ή μη των λιπών, η υψηλή συνολική θερμιδική κάλυψη απεδείχθη σαν αίτιο αύξησης της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η χορήγηση υψηλής ποσότητας λιπών / θερμιδών είναι γεγονός ότι, παρουσιάζει αύξηση της διέγερσης στην εξέλιξη του όγκου του μαστού στα πειραματόζωα. Συμβαίνει όμως το ίδιο και στον άνθρωπο; Τα αποτελέσματα των τελευταίων ετών προσανατολίζονται στο ότι, η ελάττωση του λίπους η σημαντικότερη της ολικής θερμιδικής ποσότητας προκαλεί μια δυναμική καταστολή στην εξέλιξη του καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο.

Οι δίαιτες, οι οποίες είναι πλούσιες σε λίπη επιδρούν διεγερτικά επί της εξέλιξης του όγκου, πράγμα που εν μέρει σχετίζεται με το θερμιδικό μηχανισμό. Ενδεχομένως ο περιορισμός των θερμιδών να δρα σε κυτταρικό

επίπεδο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ενεργειακής ανεπάρκειας, η οποία επιφέρει σχετική ελάττωση στην παραγωγή των κυττάρων.

#### *Διατροφή και καρκινογόνα συμπλέγματα*

Οι άνθρωποι με τη σίτισή τους λαμβάνουν καρκινογόνα συμπλέγματα. Επί παραδείγματι είναι γνωστό ότι, τα ψητά ή τα τηγανιτά ψάρια περιέχουν μεταλλακτικές ετεροκυκλικές αμίνες. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ετεροκυκλικές αμίνες, στα πειραματόζωα οδηγούν στον καρκίνο του μαστού. Πιστεύεται ότι οι ουσίες αυτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη καρκινογένεση. Εξ' άλλου από μακρού υποστηρίζεται ότι, οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες C, E και A ελαττώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Η άποψη αυτή, βέβαια, δε βασίζεται σε προγραμματισμένες μελέτες.<sup>1</sup>

#### *Διατροφή και παχυσαρκία*

Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού. Σε χώρες με ημερήσια κατανάλωση 140 – 150 γραμ. ζωικού κυρίως λίπους η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού είναι 5 – 10 φορές μεγαλύτερη απ' ότι σ' αυτές που η ημερήσια κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 50 γραμ.

Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση το κύριο κυκλοφορούν οιστρογόνο είναι πλέον η οιστρόνη αντί της οιστρηδιόλης. Η οιστρόνη παράγεται στον εγκέφαλο, στο ήπαρ και στον περιφερικό λιπώδη ιστό με αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης των επινεφριδίων. Η παχυσαρκία σχετίζεται όχι μόνο με την αυξημένη παροχή ανδροστενδιόνης από τα επινεφρίδια, αλλά και με αυξημένη μετατροπή της σε οιστρόνη στο περιφερικό λίπος. Με αυτό λοιπόν το μηχανισμό θεωρείται ότι η παχυσαρκία πιθανώς προάγει την ανάπτυξη ορμονοευαίσθητων όγκων όπως ο καρκίνος του μαστού.

Συμπερασματικά, διαίτα με λίπη και ζωικές ίνες ή παχυσαρκία αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα τροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και σε φυτικές ίνες αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι η θνητότητα από καρκίνο του μαστού είναι πολύ μεγαλύτερη στις χώρες της Β. Ευρώπης με μεγάλη κατανάλωση κεκορεσμένων λιπαρών.

Χώρες όπως η Αγγλία, η Δανία έχουν διπλάσια ποσοστά θνητότητας από τη νόσο από ότι χώρες όπως η Ισπανία ή η Ελλάδα. Αυτό που προβληματίζει τους επιδημιολόγους είναι ότι η κατανάλωση λιπών έχει αυξηθεί ακόμα και σε χώρες που δείχνουν χαμηλά ποσοστά θνητότητας από τη νόσο.<sup>2</sup>

#### *Οινόπνευμα*

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού φαίνεται να παρουσιάζει-σχέση με τη λήψη οινοπνεύματος. Η ανάλυση των συνολικών μελετών οδηγεί στο ότι, η αύξηση της λήψης ημερήσιας ποσότητας οινοπνεύματος σχετικά αυξάνει τον κίνδυνο. Υποστηρίζεται ότι, οι γυναίκες οι οποίες κάνουν χρήση οινοπνεύματος προ των 30 ετών, είναι περισσότερο επιρρεπείς στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, σε αντίθεση με αυτές, οι οποίες αρχίζουν τη χρήση στις επόμενες ηλικίες.

Γενικά, είναι αποδεκτό ότι, το οινόπνευμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στη γυναίκα. Τούτο αντανakλάται μέσα από διάφορες μελέτες και αποδίδουν βαθμό « σχετικού κινδύνου» της τάξης 1,4 ανά 24gr. οινοπνεύματος, δηλαδή σε ημερήσια κατανάλωση δύο δόσεων.

Γεννάται λοιπόν το ερώτημα: οι γυναίκες δεν πρέπει να κάνουν χρήση οινοπνεύματος; Η απαγόρευση μπορεί να αφορά στις γυναίκες, οι οποίες φέρουν κι άλλους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (π.χ. το επιβαρημένο κληρονομικό ιστορικό).<sup>1</sup>



Πίνακας 5. Νεοπλασία του μαστού.

Απόδειξη	Ελάττωση κινδύνου	Καμμία συσχέτιση	Αύξηση κινδύνου
Αποδεδειγμένη		καφές	ταχεία ανάπτυξη μεγάλη σωματική διάπλαση
Δυνατή	λαχανικά φρούτα	χοληστερόλη	υψηλός BMI αλκοόλ
Πιθανή	σωματική δραστηριότητα μη αμυλούχα πολυσακχαρώδη καροτενοειδή	μονά και πολύ μη κορεζόμενα λίπη ρετινόλη βιταμίνη E πουλερικά μαύρο τσάι	ολικά λίπη κοραζόμενα ζωικά λιπίδια κρέας
Μη ικανοποιητική	βιταμίνη C ισοφλαβόνη lignans ψάρι		ζωικές πρωτεΐνες υπολείμματα του DDT

**Κάπνισμα.**

Εδώ οι απόψεις διίστανται, σε ερευνητές να υποστηρίζουν ότι, το κάπνισμα αυξάνει, αλλά και κατ' άλλους ότι, ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η εξήγηση της ελάττωσης οφείλεται στην ελάττωση των οιστρογόνων στον ορό και στα ούρα (αντίθετα αυξημένες ποσότητες οιστρογόνων επιδρούν αρνητικά και ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού). Από την

άλλη μεριά, η αύξηση οφείλεται στη σχέση των γνωστών καρκινογόνων ουσιών από το κάπνισμα.<sup>1</sup>

## **2.5 ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### **Ιονίζουσα ακτινοβολία**

Ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Η εφαρμογή υψηλής δόσης ακτινοβολίας στο θωρακικό τοίχωμα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

Σήμερα η κύρια αιτία ακτινοβολίας του μαστού είναι η μαστογραφία. Η μικρή δόση που χρησιμοποιείται, η τεράστια βελτίωση των τεχνικών μέσων, η ακρίβεια της μεθόδου και η αναντίρρητη συμβολή της στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού καθιστούν τη μαστογραφία πολύτιμο και σχετικά ασφαλές διαγνωστικό μέσο για τις γυναίκες τουλάχιστον άνω των 50 ετών. Στην ηλικία όμως μεταξύ 35 και 50 ετών θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και να περιορίζεται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου σαν μέθοδος screening.<sup>2</sup>

## **2.6 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο απ' ό τι στην Ασία και στη Μέση Ανατολή.

Γενικά η συχνότητα στην Ασία και στις τριτοκοσμικές χώρες είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή της Βόρειας Ευρώπης, Αμερικής και των πλούσιων χωρών.

Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρειο Ευρώπη εμφανίζεται 5 φορές συχνότερα από ό τι στην Ασία και στην Αφρική. Στη Ν. Αμερική και στη Ν. Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη.<sup>3</sup>

Στις Η.Π.Α. υπάρχουν διαφορές συχνότητας ακόμα και μεταξύ των διαφόρων εθνικοτήτων. Οι διαφορές αυτές δεν ανάγονται μόνο σε γενετικά αίτια και αυτό αποδεικνύεται με τις αλλαγές συχνότητας που εμφανίζονται στους μετανάστες. Σαν παράδειγμα μπορεί να εμφανιστούν οι μετανάστες γυναίκες από την Ιαπωνία, στις οποίες η συχνότητα του καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους στην Αμερική παραμένει η ίδια. Αντίθετα, στις επόμενες γενεές σταδιακά η συχνότητα αυξάνεται και φτάνει στο ποσοστό των Λευκών Αμερικανίδων γυναικών.<sup>1</sup>

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις προηγμένες χώρες, σε σύγκριση με αυτή των αναπτυσσομένων είναι σημαντικά υψηλή. Η Ιαπωνία αποτελεί εξαίρεση. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, συγκρινόμενη με αυτή της Β. Αμερικής και της Β. Ευρώπης σημειώνεται κατά το ήμισυ. Παρ' όλα αυτά η συχνότητα και στην Ιαπωνία συνεχώς ανέρχεται.<sup>4</sup>

## 2.7 ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

### *Καλοήθεις παθήσεις του μαστού*

Ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αποτέλεσε θέμα μακροχρόνιων ερευνών και παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον γιατί δε δόθηκε υπεύθυνη λύση στο επίμαχο θέμα, αν και κατά πόσο η ινοκυστική μαστοπάθεια, σε μερικούς τουλάχιστον ιστολογικούς τύπους μπορεί να θεωρηθεί δυνητικά προκαρκινική κατάσταση.

Παθολογοανατομικές αποδείξεις και επιδημιολογικά δεδομένα συμφωνούν με την άποψη, πως υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στις δύο παθήσεις, και πως η πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος σε κυστική μαστοπάθεια φτάνει στο διπλάσιο ή τετραπλάσιο, απ' ότι στο φυσιολογικό μαστό.

Συνδέεται επίσης η ύπαρξη ινοκυστικής μαστοπάθειας με το καρκίνο, γιατί, όσες γυναίκες πάσχουν από αυτή και από καρκίνο του μαστού,

εμφανίζουν μειωμένη την έκκριση οιστριόλης, που όχι μόνο δε θεωρείται καρκινογόνος ουσία, όπως η οιστριόλη αλλά και την ανταγωνίζεται.

Ορισμένες ιστολογικές αλλοιώσεις της ινοκυστικής μαστοπάθειας που εμφανίζουν υπερπλαστική αλλοίωση του επιθηλίου των κύστεων, μπορούμε να τις θεωρήσουμε υπεύθυνες για τη βαθμιαία εξέλιξή τους σε καρκίνο.

Σήμερα γίνεται αποδεκτό ότι η επιθηλίωση χωρίς άτυπη υπερπλασία αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές.<sup>†</sup>

#### *Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού*

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό, σε μαστεκτομηθείσα γυναίκα από διηθητικό καρκίνο, για κάθε χρόνο είναι 0,5 – 1%. Ο κίνδυνος εμφάνισης τέτοιου καρκίνου υπάρχει και μετά από διάγνωση ενός *in situ* (λοβιακού ή πορογενούς) καρκίνου.

Οι εμφανίζουσες προηγούμενο καρκίνο του μαστού, σε ένα ποσοστό 25 – 30%, μπορεί να εμφανίσουν ένα δεύτερο καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Εάν μάλιστα οι ασθενείς υπάγονται στην ομάδα του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού παρατηρείται εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο μαστό, σε ποσοστό 10% μετά από μια 7ετία και σε ποσοστό 37% μετά από 20ετία από την πρώτη εγχείρηση.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό εξαρτάται από αναγνωρισμένα χαρακτηριστικά, που αφορούν την ίδια την ασθενή, όσο και τον όγκο. Έτσι, όσο μικρότερη είναι η ηλικία της ασθενούς με πρώτο καρκίνο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης δεύτερου καρκίνου. Όσον αφορά τον όγκο φαίνεται μέσα από μελέτες ότι οι όγκοι καλής πρόγνωσης που εντοπίζονται στον ένα μαστό παρουσιάζουν στις ασθενείς υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ενός μετάχρονου (δεύτερου πρωτοπαθούς) καρκίνου.<sup>1</sup>

### Άλλης εντόπισης καρκίνος

Πιστεύεται ότι ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα όταν υπάρχει καρκίνος στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες και στο παχύ έντερο.<sup>1</sup>

Δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα αν η μακροχρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου, τροφίμου ή καλλυντικού (όπως βαφές των μαλλιών), σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Για την ρεσερπίνη, πάντως που είχε γίνει ιδιαίτερη αναφορά σαν πιθανού αιτιολογικού παράγοντα, ο συσχετισμός αποδείχτηκε αβάσιμος.

Ακόμη, πιστεύεται πως η έντονη ψυχική δοκιμασία μπορεί να θεωρηθεί σαν ένας παράγοντας που μπορεί να συντελέσει στη δημιουργία καρκίνου του μαστού.

Θεωρείται πως οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ότι οι κοντές, όπως συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες των αγροτών.<sup>2</sup>

Πίνακας 6. Παράγοντες κινδύνου (κατά Audehoff και συν.)

Παράγων	Μεταβλητή	Εκτίμηση σχετικού κινδύνου
Οικογενειακό ιστορικό (+)	Ένας 1 <sup>ου</sup> βαθμού συγγενής	1,5 - 2,0
	Δύο 1 <sup>ου</sup> βαθμού συγγενείς	5,0
Διατροφή	Λίπη	1,2
	Προ - εμμην/κή	0,8
	Μετά - εμμην/κη	1,2
Οινόπνευμα	Κατανάλωση >2 ποτών/ ημ.	1,3
Ηλικία εμμηναρχής	Νεαρότερη	Κινδ. 4 - 5% ↑ ανά έτος
Ηλικία εμμηνόπαυσης	Πιο ηλικιωμένη	Κινδ. 4 - 5% ↑ ανά έτος
Ηλικία 1 <sup>ου</sup> τοκετού	<20 ετών	1,0
	Άτοκες >35 ετών	1,9
	Πολύτοκες	1,6
Αντισυλληπτικά pills	Γενική χρήση	1,0

Θεραπεία μετα - εμμηνό/κή	Μακρά χρήση	1,1 - 1,4
Οσθηκεκτομή	Προ των 40 ετών	0,5
Θηλασμός	Θηλάζουσες	0,8
Καλοήθης πάθηση	Υπερπλασία	1,5 - 2,0
	Ατυπία	3 - 5
Ιστορικό καρκίνου μαστού	Θετικό	0,7% κινδ./ έτος
Ακτινοβολία περιοχής μαστού	10 - 20ετών	>20
	20 - 30 ετών	15
	> 50 ετών	1,0

Πίνακας 7. Κατάταξη παραγόντων κινδύνου κατά σπουδαιότητα (κατά Abeloff και συν.)

#### Παράγοντες κινδύνου

##### Μείζονες

- Φύλο
- Ηλικία
- Προηγούμενος καρκίνος μαστού
- Οικογενειακό ιστορικό
- Ατοκία

##### Ενδιάμεσοι

- Εμμηναρχή
- Ακτινοβολία
- Βάρος σώματος

##### Ήσσονες

- Οινόπνευμα
- Διατροφή
- Αντισυλληπτικά
- Θεραπεία αντικατάστασης με ορμόνες

Πίνακας 8. Παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Κίνδυνος για καρκίνο του μαστού	Παράγων
Αυξημένος	Αυξανόμενη ηλικία Πρώιμη εμμηναρχή Αργοπορημένη εμμηνόπαυση Ατοκία Αργοπορημένη κύηση (>30 ετών) Διακοπείσα πρώτη κύηση Δυτική κουλτούρα (δίαιτα) Οικογενές από ιστορικό καρκίνου

	<p>μαστού</p> <p>Καλοήθης πάθηση του μαστού με άτυπη επιθηλιακή υπερπλασία</p> <p>Παχυσαρκία</p> <p>Ιονίζουσα ακτινοβολία</p> <p>Παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων</p> <p>Μετεμμηνοπαυσιακά</p> <p>Προηγούμενη διάγνωση καρκίνου του μαστού, παχέος εντέρου, καρκίνου του ενδομητρίου, καρκίνου των μειζόνων σιελογόνων αδένων</p> <p>Λήψη αλκοόλ</p>
Ελαττωμένος	<p>Τελειόμηνη κύηση (&lt;24 ετών)</p> <p>Πρώιμη ωοθηκεκτομή</p>
Καμιά δράση	<p>Θηλασμός</p> <p>Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων</p> <p>Καλοήθης πάθηση του μαστού χωρίς άτυπη επιθηλιακή υπερπλασία</p>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

---

### 3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλες οι γυναίκες συμπτωματικές ή μη, πρέπει να αντιμετωπίζονται έτσι, ώστε η διάγνωση να αποκαλύπτει πρώιμες φάσεις της ογκογένεσης, με στόχο τη ριζική αντιμετώπιση και τη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο.<sup>1</sup>

Δυστυχώς ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μιμηθεί όλες τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού και, καθώς αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία της ασθενούς, δεν πρέπει ποτέ να αγνοείται ή να υποτιμάται σαν ενδεχόμενο.<sup>2</sup>

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

#### 3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική διάγνωση περιλαμβάνει την κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το κλινικό ιστορικό της άρρωστης, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών.

*Ιστορικό:* Με το ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την πάθηση που αναφέρει η άρρωστη. Ο αριθμός των πληροφοριών αυτών και η αξία τους εξαρτώνται πάρα πολύ από τον εξεταστή (γιατρός και νοσηλεύτης) και τον τρόπο της εξέτασής του.

Η πρώτη επαφή με το γιατρό είναι σημαντική για τη άρρωστη. Γι' αυτό και οι ερωτήσεις του πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η άρρωστη να αισθάνεται άνεση και αισιοδοξία για την αντιμετώπιση της πάθησής της.



**Επισκόπηση:** Μετά την λήψη του ιστορικού της άρρωστης επισκοπούμε τους μαστούς της, συγκρίνοντας αυτούς μεταξύ τους, αφού αυτή γυμνωθεί από τη μέση και πάνω. Η επισκόπηση γίνεται με καθισμένη ή όρθια την άρρωστη ή με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένους στο πλάι ή πάνω στα ισχία της. Η επισκόπηση γίνεται κάτω από άπλετο φωτισμό.

Παρατηρούμε το μαστό όσον αφορά τα ακόλουθα: περίμετρο, δυσαναλογία, δέρμα, υποδόριες φλέβες, ερυθρότητα του δέρματος, οίδημα, εισολκή του δέρματος, θηλή, θηλαία άλω.

**Ψηλάφηση:** Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ψηλάφηση του μαστού, που έχει σκοπό την ανακάλυψη και μελέτη των ανωμαλιών του, της σύστασής του και τη διαπίστωση της ύπαρξης όγκου, όπως και τους χαρακτήρες του.

Η επιτυχία της διάγνωσης με την ψηλάφηση εξαρτάται από την πείρα του εξεταστή και τον τρόπο που αυτός θα την εκτελέσει.

Η ψηλάφηση του μαστού αρχίζει με την ψηλάφηση της υπερκλειδιάς χώρας, ύστερα της μασχάλης και τελευταία του ίδιου του μαστικού αδένου.

**Ψηλάφηση της υπερκλειδιάς χώρας:** Αυτή γίνεται με τη άρρωστη καθισμένη και με τον εξεταστή πίσω από αυτή. Ελέγχεται η περιοχή που βρίσκεται πάνω από την κλείδα και το κάτω μέρος της τραχηλικής χώρας.

**Ψηλάφηση της μασχάλης:** Αυτή γίνεται, όταν ο εξεταστής κρατάει τον πήχη, για να χαλαρώσουν οι θωρακικοί μύες. Όσο ηπιότερη είναι η ψηλάφηση, τόσο ευκολότερα ανακαλύπτονται οι λεμφαδένες. Με την ψηλάφηση της μασχάλης δεν καθορίζουμε μόνο τον αριθμό, αλλά και τη σύσταση και την κινητικότητα των λεμφαδένων.

**Ψηλάφηση του μαστικού αδένου:** Αυτή γίνεται όταν η άρρωστη βρίσκεται σε κατάκλιση, τότε που ο μαστός απλώνεται πάνω στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα με τη μορφή επίπεδης και λεπτής στιβάδας. Ψηλάφηση που γίνεται

με την άρρωση σε όρθια θέση, δεν είναι σωστή, γιατί το πάνω και έξω τμήμα του μαστού, που το προσβάλλουν συχνότερα τα νεοπλάσματα, δεν είναι προσιτό, επειδή είναι παχύτερο και ογκωδέστερο, εκτός αν ο μαστός είναι μικρός και κρεμασμένος. Για να το κατορθώσουμε αυτό, όπως και στην αυτοεξέταση, τοποθετούμε κάτω από τον ώμο της πλευράς που εξετάζεται, ένα μαξιλάρι και σηκώνουμε το χέρι της γυναίκας πάνω από το κεφάλι της. Ο μαστός, τότε, γέρνει στη μέση γραμμή του σώματος, απλώνεται πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και αποφεύγεται η πτώση του προς τα έξω, που τον κάνει δύσκολο στην ψηλάφηση.

Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με λεπτούς χειρισμούς, για να μην προκαλέσουμε δυσφορία στην άρρωση και γιατί ο τρόπος αυτός μας παρέχει περισσότερες και ακριβέστερες πληροφορίες.

Η ψηλάφηση γίνεται με τα δάκτυλα τεντωμένα σε όλη την πιθανή έκταση του μαστού και από την περιφέρεια προς την περιοχή της θηλής. Είναι μεγάλο σφάλμα να έλκουμε το μαστό ανάμεσα στα δάκτυλα και να τον ψηλαφούμε έτσι.

Ο εξεταστής θα πρέπει να αναγράφει τα ευρήματά του με όσο γίνεται καλύτερο εκφραστικό σύστημα. Θα πρέπει να καθορίσει τη θέση του όγκου, το μέγεθος του όγκου, το σχήμα του όγκου, τη σύσταση του όγκου, το βαθμό κινητικότητας του όγκου, τον πόνο, τη θερμότητα του μαστού.<sup>4</sup>

### **Αυτοεξέταση του μαστού**

Εκτός από το γιατρό και η γυναίκα μπορεί να συμβάλει στην ανίχνευση νόσου του μαστού της. Αυτό μπορεί να το πετύχει με την αυτοεξέταση του μαστού της αφού διδαχτεί πώς πρέπει να τους εξετάσει.

### **Κλινικά σημεία καρκίνου μαστού**

Στοιχεία της κλινικής εξέτασης που έχουν στενότερη σχέση με τον καρκίνο:

♦ Η ηλικία της άρρωστης, η ύπαρξη ή όχι εμμηνορρυσίας, ο χρόνος εμφάνισης του όγκου που ψηλάφισε μέσα στο μαστό της και η εντόπισή του σ' αυτόν έχουν σημασία.

♦ Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή εκτροπή αυτής.

Τα περισσότερα καρκινώματα του μαστού προκαλούν εισολκή του δέρματος.

Όταν η ίνωση περιλάβει μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους, τότε αυτοί βραχύνονται, με αποτέλεσμα την παρέκκλιση του άξονα της θηλής ή την επιπέδωσή της ή την εισολκή της.

♦ Το οίδημα απαντάται συχνότερα στον προχωρημένο καρκίνο και είναι αποτέλεσμα της έμφραξης των υποδόριων λεμφαγγείων.

♦ Κατά την ψηλάφηση του μαστού:

α. Δεν πρέπει να μας διαφύγει η ακριβής έκταση του αδένου, γιατί λεπτό στρώμα του είναι δυνατό να φτάσει ως την κλείδα ή ως το στέρνο ή ως το έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Τότε μικρός όγκος που βρίσκεται μέσα σ' αυτά τα όρια, μπορεί να εκληφθεί ως καλοήθης υποδόρια βλάβη, που δεν έχει σχέση με το μαστικό αδένου, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για καρκίνο.

β. Το μέγεθος του όγκου που θα ψηλαφίσουμε στον καρκίνο του μαστού, εξαρτάται από την ηλικία και την εξελικτικότητά του.

Όσο για τη σχέση μεγέθους του όγκου και πρόγνωσης, διαπιστώθηκε πως όταν αυτός είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. η επιβίωση μετά από πενταετία, όποια θεραπεία κι αν εφαρμοστεί, φτάνει το 35% περίπου.

γ. Η σύσταση του όγκου δεν είναι πάντοτε εύκολο να καθορίσει και τη φύση του. Τα περισσότερα καρκινώματα έχουν ξυλώδη σύσταση αλλά και ένα απασβεστωμένο ιναδένωμα μπορεί να έχει την ίδια σύσταση. Νέκρωση ή αιμορραγική τήξη στο κέντρο του καρκινωματώδους όγκου δυνατό να προσδώσουν σ' αυτόν κυστική σύσταση.

δ. Ο βαθμός της κινητικότητας του όγκου ίσως αποτελεί το καλύτερο διαγνωστικό σημάδι στον καθορισμό της φύσης του. Τα καρκινώματα, λόγω της διηθητικής τους τάσης, είναι καθηλωμένα.

ε. Ο ακριβής καθορισμός της θέσης του όγκου στο μαστό έχει διαγνωστική αξία, γιατί ανάλογα με αυτή μεταβάλλεται και το ποσοστό διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων, που τόση σημασία έχουν στην

πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Η διαίρεση του μαστού σε τμήματα διευκολύνει στον καθαρισμό της φύσης του όγκου. (εικόνα 3)

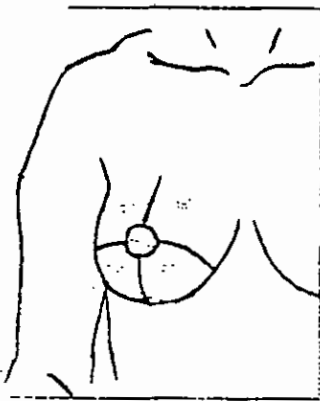
♦ Η ψηλάφηση της μασχάλης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Αποτελεί σοβαρό λάθος του εξεταστή να θεωρήσει τη μασχάλη ελεύθερη μεταστάσεων, επειδή δεν ψηλάφισε αδένες σ' αυτή. Η επιτυχία αυτής της προεγχειρητικής εκτίμησης, όπως και αλλού αναφέραμε, φτάνει το 50%.

♦ Για να ψηλαφηθούν, όμως, οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες, πρέπει να αποκτήσουν μεγάλο μέγεθος. Από τους υπερκλειδίους λεμφαδένες συχνότερα ψηλαφάμε τους επιφανειακούς και τους πλάγιους και επειδή, όταν αυτοί ψηλαφηθούν έχουν προσβληθεί οι κεντρικότεροι, τότε η πρόγνωση είναι κακή.

♦ Κάθε είδους έκκριση από τη θηλή του μαστού, εκτός από την αμφοτερόπλευρη γαλακτώδη, πρέπει να ελέγχεται κυτταρολογικά. Η αιματηρή έκκριση σε ηλικιωμένη γυναίκα, και όταν δεν υπάρχει ψηλαφητός όγκος στο μαστό της, είναι ύποπτη για καρκίνο. λιγότερο ύποπτη είναι η υδαρής έκκριση.

3

Εικόνα 3. Συχνότητα εντόπισης καρκίνου στο μαστό.



### 3.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για τη διάγνωση καρκίνου μαστού, ανήκουν οι ακόλουθες εξετάσεις:

**Μαστογραφία:** Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, καθώς βοηθά στην πρώιμη ανακάλυψη του

περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής (screening).

Κατά τη μαστογραφία χρησιμοποιείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία με σκοπό να απεικονισθούν τα φυσιολογικά και τα τυχόν παθολογικά στοιχεία του μαζικού αδένου. Όταν το φωτογραφικό απεικονιστικό υλικό είναι το ακτινογραφικό φιλμ, τότε η μέθοδος ονομάζεται μαστογραφία, ενώ όταν χρησιμοποιείται ξηρογραφικό χαρτί ονομάζεται ξηρομαστογραφία. Σήμερα χρησιμοποιούνται η μαστογραφία χαμηλής δόσης και η ξηρομαστογραφία.

Η συνηθισμένη εξέταση περιλαμβάνει δύο λήψεις από κάθε μαστό σε γωνίες κάθετες μεταξύ τους, αλλά υπάρχει δυνατότητα και άλλων λήψεων (π.χ. λοξών).<sup>2</sup>

Τι είδους ανωμαλίες μπορεί να ανευρεθούν με τη μαστογραφία; Οι διογκώσεις, οι αποπιτανώσεις, οι περιοχές ασυμμετρίας και δομικής παραμόρφωσης, οι διευρυμένοι γαλακτοφόροι πόροι, η δερματική πάχυνση ή η συστολή της θηλής κ.λ.π.

Το 80 - 85% των καρκίνων του μαστού μαστογραφικά εμφανίζεται με μια μάζα, με μια αποπιτανωμένη περιοχή ή με συνδυασμό των δύο. Η μαστογραφική αναγνώριση όγκου μικρότερου των 5mm δεν είναι εύκολη.

Θα ήταν ευτύχημα το αποτέλεσμα της μαστογραφίας να μην είναι παραπλανητικό. Δυστυχώς όμως, το αποτέλεσμα της μαστογραφίας πάντοτε μπορεί να είναι παραπλανητικό ή λάθος. Η αναγνώριση του καρκίνου αλληλοσυμπληρώνεται με την ψηλάφηση και τη μαστογραφία.

Το αναφερόμενο ποσοστό του ψευδώς αρνητικού μαστογραφήματος κυμαίνεται μεταξύ 10 - 15%. Στην πραγματικότητα, όμως, το ποσοστό μπορεί να είναι μεγαλύτερο. Ποια είναι τα αίτια της ψευδώς αρνητικής μαστογραφίας; Αυτά μπορεί να οφείλονται σε ακτινογραφικές ατέλειες και σε λάθη εφαρμογής. Όμως, το κύριο αίτιο το αποτελεί η παρεγχυματική πυκνότητα του μαστού. τον τελευταίο καιρό ο λοβιακός διηθητικός καρκίνος, ο οποίος κατατάσσεται σαν ειδικός ιστολογικός τύπος, μπορεί να παραβλεφθεί κατά τη μαστογραφική μελέτη.

Ο διάχυτος ιστολογικός τύπος του καρκίνου, επίσης αποτελεί αίτιο ψευδώς αρνητικού μαστογραφήματος. Η διάχυτη αυτή μορφή δεν αφορά μόνο στον διηθητικό λοβιακό καρκίνο αλλά και στον πολυεστιακό διηθητικό πορογενή καρκίνο. Η μαστογραφική μελέτη σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση.

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ – ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ

### Οι συχνότερες ενδείξεις μαστογραφίας είναι:

1. Προληπτικός έλεγχος. Είναι φυσικό πως μικρές αλλοιώσεις του μαστού, δε είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτές στην κλινική τους εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία, αποκτάει ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου.
2. Σε υγιείς γυναίκες, που έχουν οικογενειακό ιστορικό βεβαρημένο με καρκίνο.
3. Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης που δυνατό να συνυπάρχει, μετά από εμφύσηση αέρα.
4. Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά. Μια τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο.
5. Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από τη θηλή, ευρήματα από το μαστό.
6. Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφηση τους.
7. Σε γυναίκες, που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
8. Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
9. Σε ύπαρξη πολλών όγκων στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν, που θα προτιμήσουμε για ιστολογικό έλεγχο.

10. Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
11. Σε περίπτωση κλινικής διάγνωσης κακοήθους επεξεργασίας για ακτινολογική επιβεβαίωση.
12. Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.
13. Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις.

### Αντενδείξεις.

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

1. Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
2. Σε έγκυες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας, και γιατί, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά κατά τη διάρκεια της λοχείας.<sup>4</sup>

**Κυτταρολογικός έλεγχος:** Στον κυτταρολογικό έλεγχο περιλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων της έκκρισης της θηλής.

Η αυτόματη ρύση από τη θηλή, εκτός της γαλουχίας, αποτελεί εύρημα πάθησης του μαστού. Όμως η εκτός γαλουχίας διαπίστωση εξόδου μερικών σταγόνων ρύσης κατόπιν εξασκούμενης πίεσης επί της θηλής δεν θεωρείται παθολογική κατάσταση. Το θέμα αφορά στην αυτόματη ρύση από τη θηλή.

Η μικροσκοπική (κυτταρολογική) εξέταση του εκκρίματος μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση του καρκινικού μαστού.

Φαίνεται ότι, η εξέταση της ρύσης από τη θηλή, δεν αποτελεί επαρκή διαγνωστική μέθοδο, διότι το ψευδώς αρνητικό ποσοστό τυγχάνει υψηλό.<sup>1</sup>

**Σπινθηρογραφικός έλεγχος:** Στον σπινθηρογραφικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος του μαστικού αδένου. Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη καρκίνου στο μαστό, όσο και

μεταστάσεων στο συκώτι και στα οστά. Ο συνδυασμός του, όμως με άλλη διαγνωστική μέθοδο, όπως η μαστογραφία, ανεβάζει τη διαγνωστική του αξία σε υψηλά επίπεδα.<sup>3</sup>

**Υπερηχογραφία:** Γενικά, σύμφωνα με κλινικές μελέτες, στις ασυμπτωματικές γυναίκες με φυσιολογικό μαστογράφημα, το υπερηχογράφημα δεν έχει σημαντική θέση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αυτό έχει χαμηλή διαχωριστική ικανότητα και δεν μπορεί να αναγνωρίσει βλάβες μικρότερες του 1 cm. Η αποκάλυψη, όμως, κυστικών μορφωμάτων επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό του 95%.

Μερικοί μη ψηλαφητοί καρκίνοι, οι οποίοι δεν φαίνονται στη μαστογραφία υψηλής ποιότητας αναγνωρίζονται με το υπερηχογράφημα. Τελευταία, ο συνδυασμός US και μαστογραφίας κερδίζουν έδαφος στη διαγνωστική προσέγγιση.

Η υπέρηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν' αντανακλώνονται σε κάθε επιφάνεια που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς.

Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχει αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνα στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σαν βασική διαγνωστική μέθοδος στη διερεύνηση των παθήσεων του μαστού η υπερηχογραφία.

Γενικά, σύμφωνα με κλινικές μελέτες, στις ασυμπτωματικές γυναίκες με φυσιολογικό μαστογράφημα, το υπερηχογράφημα δεν έχει σημαντική θέση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αυτό έχει χαμηλή διαχωριστική ικανότητα και δε μπορεί να αναγνωρίσει βλάβες μικρότερες του 1cm. Η αποκάλυψη, όμως, κυστικών μορφωμάτων επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό του 95%. Εκτός αυτών, σήμερα και συμπαγείς μικρές βλάβες, με την προσθήκη ανάλυσης ροής με Doppler (ένεκα αύξησης της ροής αίματος σε



κάκοι βλάβες) μπορούν να αποκαλυφθούν. Παρ' όλα αυτά σποραδικά επί του θέματος απαντώνται εργασίες.

Μερικοί καρκίνοι, οι οποίοι δε φαίνονται στη μαστογραφία υψηλής ποιότητας αναγνωρίζονται με το υπερηχογράφημα. Τελευταία, ο συνδυασμός US και μαστογραφίας κερδίζουν έδαφος στη διαγνωστική προσέγγιση.

Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα είναι απεικονιστικές μέθοδοι, οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη. Η μαστογραφία είναι η μέθοδος εκλογής στην ομαδική εξέταση των ασυμπτωματικών γυναικών. Παρ' όλα ταύτα σε μαστούς, όπου ο καρκίνος περιβάλλεται με πυκνό φυσιολογικό ιστό, είναι δυνατόν αυτός να μην απεικονισθεί με τη μαστογραφία. Επίσης, είναι αποδεκτό ότι, το υπερηχογραφικό συγκρότημα με υψηλή ευκρίνεια σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατό να αποκαλύψει μη ψηλαφητό καρκίνο, ο οποίος δεν απεικονίζεται με τη μαστογραφία υψηλής ποιότητας. Αυτό γίνεται πραγματοποιήσιμο στις περιπτώσεις, όπου η μαστογραφική ευαισθησία έχει χαμηλή απόδοση. Αυτές οι περιπτώσεις αφορούν σε μαστούς—οι οποίοι ακτινογραφικά είναι υψηλής πυκνότητας ή σε μαστούς με διογκώσεις πλησίον των προθέσεων ή περιφερικά. Επίσης σε μαστούς που έχουν υποστεί εγχείρηση ή σε μαστούς εγκύων και γαλουχίας.

Η αναγνώριση των συμπαγών διογκώσεων με US γίνεται, όταν αυτές είναι μεγαλύτερες των κύστεων. Παρ' όλα ταύτα αναφέρονται περιπτώσεις καρκίνων με διάμετρο 4 – 5mm, οι οποίοι αναγνωρίστηκαν με US και σ' αυτές εκτελέσθηκε διαδερμική βιοψία με επιτυχία. Τα αναγραφόμενα όμως, δε μαρτυρούν ότι, η υπερηχογραφία δεν είναι σε θέση να διακρίνει τον κάθε καρκίνο. Ως εκ τούτου, η υπερηχογραφία δεν προσφέρεται στην ομαδική αναζήτηση του καρκίνου του μαστού. Εν τούτοις το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό γυναικών υψηλού κινδύνου, εάν στη μαστογραφία εμφανίζουν πυκνούς μαστούς, τότε γίνεται η σκέψη εκτέλεσης υπερηχογράφηματος.<sup>1</sup>

#### Ενδείξεις.

Θα συστήσουμε την υπερηχογράφιση των μαστών:

- 1) Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 εκ., γιατί αν είναι μικρότερη, δύσκολα φαίνεται, όπως δεν φαίνονται οι επασβεστώσεις.
- 2) Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθους επεξεργασία του μαστού.
- 3) Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού από τις συμπαγείς.
- 4) Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δε μπορούμε να στηριχτούμε στο υπερηχογράφημα μόνο, γιατί σε ψηλαφητούς όγκους μπορεί το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση να φτάσει το 90%, αλλά στη μαστογραφία φτάνει το 98%.
- 5) Στη διάγνωση των καλοήθων ψηλαφητών όγκων, το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση φτάνει στο 80%, ενώ στη μαστογραφία στο 90%.
- 6) Στον προληπτικό έλεγχο του μαστού, η υπερηχογράφηση δεν έχει ένδειξη, γιατί, όπως αναφέραμε, δεν πιάνει τους αψηλάφητους όγκους, ούτε τις μικροεπασβεστώσεις.
- 7) Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει στη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζονται σε αυτή.
- 8) Στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγή ιστού μέσα σε κύστη, που μπορεί να είναι καλοήθης.
- 9) Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου, σε περίπτωση, που το οἰῆμα έχει παχυνθεί.<sup>3</sup>

**Θερμογραφία:** Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με την βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθρη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας, η θερμοκρασία ανεβαίνει 1 - 3°C. Δεν καθιερώθηκε

όμως, γιατί δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 2 εκ. Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό.

**Αξονική Τομογραφία:** Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. Γίνεται για:

- \* Την διάγνωση κακοθών παθήσεων του μαστού.
- \* Την ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2 - 3mm.
- \* Τη διάγνωση καλοήθου όγκου.
- \* Την ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας.<sup>3</sup>

**Μαγνητική Τομογραφία:** Η μαγνητική τομογραφία (MRI), απεδείχθη ότι μπορεί να σημειώσει τους κλινικά και μαστογραφικά κρυπτογενείς καρκίνους. Προτιμάται, όμως, η υπερηχογραφική μελέτη, η οποία είναι χαμηλού κόστους. Μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι δεν υπάρχουν συγκριτικά δεδομένα της MRI και της υπερηχογραφίας (US). Υποστηρίζεται ότι, η MRI θα καταστεί περισσότερο χρήσιμη από την μαστογραφία στην αναγνώριση των πολυεστιακών καρκίνων του μαστού, με αποτέλεσμα τον ακριβή προσδιορισμό των ασθενών, οι οποίοι μπορεί να υποβληθούν σε συντηρητική θεραπεία.<sup>1</sup> — —

**Μέτρηση Βιολογικών Δεικτών:** Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν δύο: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP) που ονομάζονται και ογκοαναπτυξιακοί δείκτες. Αυτοί δεν έχουν μόνο μεγάλη διαγνωστική αξία, αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας.

**Διαφανοσκόπηση:** Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού. Στην

διαφανοσκόπηση, οι κύστες του μαστού ενισχύουν τη φωτεινότητα. Ο καρκίνος αντίθετα, είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα.

**Γαλακτογραφία:** Γαλακτογραφία είναι η μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους του.

**Πνευμοκυστεογραφία:** Πνευμοκυστεογραφία είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητά της.<sup>3</sup>

### 3.3. ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τελικά, επί υπόπτων βλαβών του μαστού, οι οποίες είναι εμφανείς με την ψηλάφηση ή μαστογραφικά, προτείνεται η διαγνωστική προσέγγιση να γίνεται με βιοψία. Υπάρχουν τρεις τεχνικές βιοψίας. Αυτές είναι : α) αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, β) βιοψία πυρήνα (core - cutting biopsy) με βελόνα και γ) ανοικτή βιοψία, πλήρους εκτομής της βλάβης.

#### **Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα**

Η λήψη βιοπτικού υλικού προς κυτταρολογική εξέταση, που γίνεται με λεπτή βελόνα κατόπιν αναρρόφησης είναι μια παλαιά μέθοδος, η οποία πρόσφατα έχει κερδίσει έδαφος. Η λήψη με τον τρόπο αυτό γίνεται από βλάβες, οι οποίες εντοπίζονται με την ψηλάφηση και μπορεί να αφορούν στο μαστό.

Η κυτταρολογική αναρρόφηση, συγκρινόμενη με τη χειρουργική βιοψία, είναι μια διεργασία κατά πολύ φθηνότερη, καθώς και η εξέταση των επιχρισμάτων. Εδώ, μεγάλη σημασία έχει η ποιότητα του υλικού. Ο μικρός αριθμός κυττάρων, η κακή παρασκευή και χρωματισμός καθιστούν το υλικό άχρηστο.

### Βιοψία με βελόνα από τον πυρήνα

Χρησιμοποιείται βελόνα κοπής κατευθυνόμενη, προς το κέντρο της βλάβης (core) όπου με τον κατάλληλο χειρισμό γίνεται διείσδυση και αποκοπή βιοπτικού υλικού, το οποίο εξέρχεται με την προς τα έξω συρόμενη βελόνα. Το υλικό, σε σύγκριση με την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, ποσοτικά είναι ικανοποιητικό, ώστε να προσφέρονται ιστολογικές λεπτομέρειες κατά την εξέταση.

### Ανοικτή βιοψία εκτομής

Η χειρουργική - ανοικτή - βιοψία εκτομής, είναι αυτή, που τελικά αποδίδει πλήρη πιστότητα, αλλά και σε βλάβες που πληρούν τα κριτήρια εκτομών περιορισμένης χειρουργικής και διατήρησης του μαστού προσφέρει και την τελική θεραπεία. Τα κύρια στοιχεία που καταξιώνουν τη μέθοδο είναι ότι προσδιορίζεται επακριβώς το μέγεθος, η ιστολογική ταυτότητα του όγκου και η δυνατότητα εκτροπής επί υγιών ορίων, όπου, όπως προαναφέρθηκε, επιτρέπει το να είναι η τελική θεραπεία. Πέραν αυτού, μπορεί να γίνει άλλωστε και η περαιτέρω χειρουργική εκτομή, υπό την ίδια αναισθησία, εφ' όσον αυτή αποφασισθεί.

Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησής του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή, διαφορετική σε κάθε περίπτωση. Οι καλοήθεις επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθεις έχουν ανάγκη από εκτεταμένο ακρωτηριασμό του μαστού, που δεν πρέπει να εκτελείται, όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη.<sup>1</sup>

Πίνακας 13 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα διαφόρων βιοψιών (κατά Harris και συν.)

Τεχνική	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα.	Γρήγορη, ανώδυνη, χωρίς κόστος. Γίνεται χωρίς τομή.	Δεν μπορεί να διακρίνει τον in situ από τον διηθητικό καρκίνο. Δεν παρέχονται ιστολογικές λεπτομέρειες. Ψευδώς αρνητικά και ακατάλληλο υλικό. Απαιτείται έμπειρος κυτταρολόγος
Βιοψία πυρήνος. (Core - cutting biopsy)	Γρήγορη ανώδυνη, χωρίς κόστος. Γίνεται χωρίς τομή. Αναγνωρίζεται από οποιοδήποτε παθολογοανατόμο.	Δυνατό να δοθούν ψευδώς αρνητικές απαντήσεις. Αδυναμία προσδιορισμού της βλάβης.
Ανοιχτή βιοψία. (εκτομή)	Πλήρης ιστολογική εικόνα. Αποφυγή ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Μπορεί να προσφέρει πλήρη - τελική εκτομή της βλάβης.	Στοιχίζει. Υπάρχει κάποιος βαθμός πόνου. Τομή δέρματος και ουλή.

Κλείνοντας θα πρέπει να αναφέρουμε πως η διάγνωση είναι ένα βήμα πριν από τη φάση θεραπείας της ασθενούς γι' αυτό και ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχτεί και να κατανοήσει τη διάγνωση του καρκίνου, για να μπορέσει κατόπιν να λάβει αποφάσεις σχετικά με τις προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις θεραπείας.<sup>7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

---

### 4. Α ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλες οι σύγχρονες θεραπείες του καρκίνου προσπαθούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνος ένας τύπος θεραπείας ή και να είναι απαραίτητος ένας συνδυασμός πολλών τύπων θεραπειών.

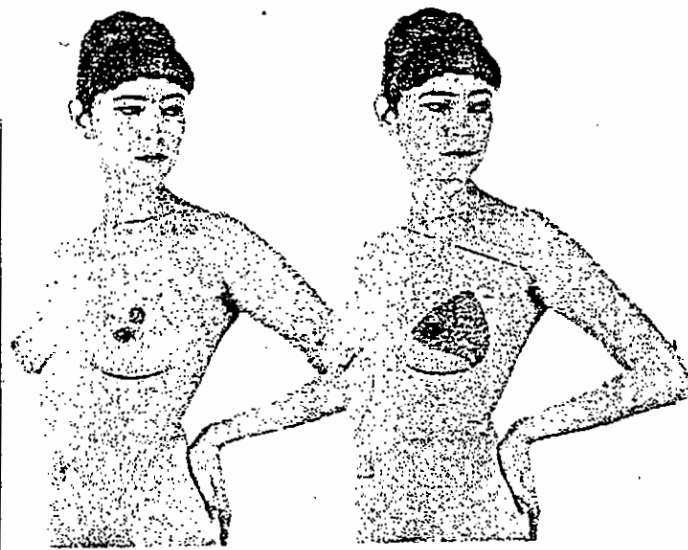
Οι πέντε τύποι θεραπείας που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι : Χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία - ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. 8

#### A. 1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

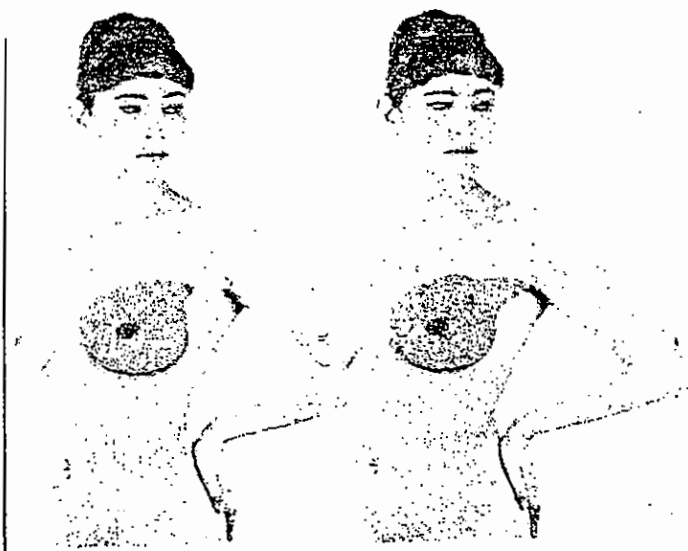
##### ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Βιοψία του μαστού και μερική ή ολική αφαίρεσή του χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. Το είδος της εγχείρησης, που επιλέγεται για τη θεραπεία του καρκίνου, εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και άλλους παράγοντες. Η ποσότητα του ιστού που θα αφαιρεθεί εξαρτάται από το αν και κατά πόσο έχουν προσβληθεί οι μασχालιαίοι λεμφαδένες.



**Αφαίρεση όγκου**  
Μόνο ο όγκος αφαιρείται. Μετά την επέμβαση το στήθος δείχνει σχεδόν κανονικό

**Μερική μαστεκτομή**  
Αφαιρούνται ο όγκος και κάποιο μέρος από τον περιβάλλοντα και υποκείμενο ιστό του στήθους.



**Ολική (ή απλή) μαστεκτομή**  
Πρόκειται για αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, αλλά ο θωρακικός μυς και οι μασχάλια ή οι λεμφαδένες αφήνονται ανέπαφοι

**Ολική (ή απλή) μαστεκτομή**  
Αφαιρούνται ο μαστός, οι μασχάλια ή οι λεμφαδένες και ο θωρακικός μυς. Η αφαίρεση του τελευταίου μπορεί να προκαλέσει μόνιμες διαταραχές στις λεπουργίες του χεριού 9



## **A. 2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή του και περιορίζουν τις διαστάσεις του.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση τους δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά, π.χ. του μυελού των οστών.

### **Προφυλακτική χημειοθεραπεία:**

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε τη χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων, μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών - αλλά υπαρκτών - μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση του ελεύθερου νόσου μεσοδιαστήματος, την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.

### **Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού:**

Ως γενικευμένο καρκίνο μαστού εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η χημειοθεραπεία άρχισε να εφαρμόζεται στο 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο και είναι προϊόν πολεμικών

ερευνών. Ο αζωθυπερίτης είναι ένα από τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν στον καρκίνο γενικά και στον καρκίνο του μαστού ειδικά.

Σήμερα, τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- ◊ Αλκυλιούντες παράγοντες.
- ◊ Αντιμεταβολίτες.
- ◊ Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης.
- ◊ Αντιβίοτικά.
- ◊ Ορμόνες.

### **A. 3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης μια από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του καρκίνου μαστού. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης, ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία στον ΚΜ μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- Ως το κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείρηση.
- Μετεγχειρητικώς, ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας εγχείρησης.
- Επί ανεγχείρητων περιπτώσεων, όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης.
- Παρηγορητικά επί μεταστάσεων ή υποτροπών.
- Για ακτινική στείρωση (καταστροφή των ωοθηκών με ακτινοβολία).

**Τρόποι εφαρμογής ακτινοθεραπείας:** Η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

**Εξωτερική ακτινοθεραπεία.** Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με:

- Ακτίνες Χ, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα.
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες π.χ. κοβάλτιο 60 (CO - 60).

Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 (ΙΓ - 192), το οποίο με στερεά μορφή βελόνων ή ελασμάτων ή κόκκων εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.<sup>10</sup>

#### A. 4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γενική ιδέα της θεραπείας του καρκίνου μαστού με ενδοκρινικούς χειρισμούς στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στη διατήρηση του φυσιολογικού μαζικού ιστού ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία, με επακόλουθο η κυτταροκινητική ενός όγκου του μαστού να εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την πυκνότητα και τις σχέσεις ορισμένων υποδοχέων. Απόκριση στην ορμονοθεραπεία αναμένεται:

- Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό (δηλαδή σε περιπτώσεις που μεταξύ της διάγνωσης και της εμφάνισης μεταστάσεων παρεμβάλλεται μεγάλο χρονικό διάστημα).
- Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μόρια ή στον υπεζωκότα.
- Σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς.
- Σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή απόκριση.

Οι ορμονικοί χειρισμοί είναι οι ακόλουθοι αναφορικά:

- Ωόθηκτομή
- Επινεφριδεκτομή (δεν γίνεται σήμερα)
- Χορήγηση οιστρογόνων
- Χορήγηση ανδρογόνων
- Χορήγηση αντιοιστρογόνων (Tamoxifen)<sup>1</sup>
- Χορήγηση γλυκοκορτικοειδών
- Χορήγηση αμινογλουτεθιμίδης
- Χορήγηση προγεστερόνης<sup>10</sup>

Η tamoxifen είναι μια συνθετική αντιοιστρογονική ουσία. Ευρίσκεται στο προσκήνιο από τη '10/ ετία του '70 και αρχικά χρησιμοποιήθηκε στον

προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία, όμως, 10 - 15 χρόνια χρησιμοποιείται στον εγχειρήσιμο καρκίνο του μαστού σαν επικουρική θεραπεία.

Η tamoxifen είναι μία από τις πλέον δραστικές αντινεοπλασματικές ουσίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα στη θεραπεία. Αυτή, παγκοσμίως αποτελεί την επικουρική ή την παρηγορική θεραπεία εκατομμυρίων γυναικών με καρκίνο του μαστού. Έχει υπολογισθεί ότι, στις ΗΠΑ στο τέλος του αιώνα, ο αριθμός των γυναικών που θα λαμβάνει tamoxifen για θεραπεία ή πρόληψη του καρκίνου θα ανέρχεται σε 500.000. Παγκοσμίως δε ο αριθμός αυτός θα μεταφράζεται σε εκατομμύρια γυναικών.<sup>1</sup>

#### **A. 5 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στις ημέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται, είναι το BCG. Το BCG μπορεί να συνδυασθεί με αδριαμυκίνη (Adriblastin), φθοριοουρακίλη (Fluoro - uracill) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.<sup>3</sup>

### **4. Β Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **B. 1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες του νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα μέσα για την ταχεία και ομαλή επιστροφή της γυναίκας στο κοινωνικό περιβάλλον είναι:

α. Να αποκατασταθεί η ψυχική της ισορροπία, γεγονός το οποίο θα επιτευχθεί με το να συνειδητοποιήσει τον ακρωτηριασμό, να προσαρμοστεί στη νέα

εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχτεί την αλλαγή και τα όρια που επέβαλλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει φυσική και συναισθηματική επάρκεια αναγνωρίζοντας, εκφράζοντας και αντιμετωπίζοντας τα διάφορα αρνητικά συναισθήματα από τα οποία έχει καταληφθεί.

β. Να προληφθούν τυχόν επιπλοκές.

γ. Να προληφθούν τυχόν παραμορφώσεις που δυνατόν να επισυμβούν μετέγχειρητικά. 11

#### α. Ψυχική αποκατάσταση

Ο νοσηλευτής βοηθά τη γυναίκα να αποκατασταθεί ψυχικά μετά τον ακρωτηριασμό του μαστού γεγονός που προκαλεί ψυχικά προβλήματα όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτοϋποτίμησης, αϋπνίες και άγχος με τους εξής τρόπους:

1. Μέσα από τη συζήτηση επικεντρώνεται στα διάφορα συναισθήματα της γυναίκας παρέχοντας την ευκαιρία εξωτερίκευσης αυτών καθώς επίσης ενθαρρύνει την έκφραση απόψεων σχετικά με την απώλεια του μέλους του σώματος και της λειτουργίας του, την αίσθηση πληρότητα και θηλυκότητας που παρείχε στο παρελθόν, με σκοπό να προάγει την αποδοχή και να μειώσει την άρνηση. Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέγονται δίχως να λαμβάνει προσωπικά υπόψη της τον αρνητισμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα.
2. Τη βοηθάει να καταλάβει ότι, ο μαστός που έχασε δεν αποτελούσε το όλον της σωματικής της οντότητας και πολύ περισσότερο δεν αποτελούσε μέρος της ψυχικής, πνευματικής και συναισθηματικής της σφαίρας, των αξιών και των επιδιώξεών της.
3. Γνωστοποιεί ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνονται τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικά και ότι αυτός βρίσκεται εκεί για να ακούσει, να συμπαρασταθεί και να βοηθήσει να αντιμετωπιστεί το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά - σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.

4. Συμπεριλαμβάνει το οικογενειακό περιβάλλον στη διαδικασία αποδρόμης από τα αρνητικά συναισθήματα. Συζητά την προσαρμογή της στη νέα πραγματικότητα με την οικογένεια και τους φίλους της, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίζουν ενισχύοντας την ελκυστικότητα και την αξία της και εξαιρώντας τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της. Τους βοηθά να την αποδεχτούν, να την κατανοήσουν και να τη βοηθήσουν.
5. Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
6. Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. αν η ασθενής αρνείται ή ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτοϋποτίμησή της. Ο νοσηλευτής βοηθάει την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχτεί τέτοιες αλλαγές και να αποφεύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.
7. Σε συνεργασία με το χειρουργό, ενημερώνει για τα μέσα και τη δυνατότητα ανασύστασης του μαστού. δεν ενθαρρύνει φαντασιώσεις και ελπίδες για ανασύσταση και πλήρη αποκατάσταση, εφόσον αυτές δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.
8. Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού ως μέσο πρόληψης ή/ και διάγνωσης κακοηθών όγκων, λόγω του αυξημένου στατιστικά κινδύνου επανεμφάνισής τους. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό γνωστοποιώντας τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό 24%.
9. Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό ζωής της όπως και πρώτα.

Η προσπάθεια που καταβάλλει ο νοσηλευτής θέτοντας σε εφαρμογή τους παραπάνω τρόπους ψυχικής αποκατάστασης της ασθενούς έχει σαν

σκοπό να αποδεχτεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό, να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της, να αποδεχτεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία από τους άλλους. <sup>12</sup>

## β. Πρόληψη επιπλοκών

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν σε γυναίκες που υπεβλήθησαν σε μαστεκτομή είναι:

- Πόνος
- Αιμορραγία
- Φλεγμονή
- Λεμφοίδημα
- Λοίμωξη

Παρακάτω αναφέρεται η νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν:

**Πόνος.** Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω του επιδεσμικού υλικού, των ορών και της συσκευής παροχέτευσης. Ο νοσηλευτής σε περίπτωση εμφάνισης πόνου:

\* Χορηγεί με εντολή του γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί - εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματά τους.

Ο νοσηλευτής για να προλάβει τον πόνο:

- \* Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντάς την ή τραβώντας την από τους ώμους.
- \* Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις όταν μετακινεί το σύστοιχο προς την μαστεκτομή άκρο.
- \* Κατά τη διάρκεια του βήχα υποστηρίζει το θώρακα με ένα ή δύο μαξιλάρια.

- \* Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.
- \* Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατό.
- \* Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιάλας μετεγχειρητική ημέρα. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου.<sup>13</sup>

*Αιμορραγία.* Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για το λόγο αυτό, οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

Ο νοσηλευτής:

- \* Συνιστά στην ασθενή να περιορίσει τη κινητικότητα του σύστοιχου άκρου για να μην ασκηθεί τάση στη χειρουργημένη περιοχή του μαστού και προκληθεί αιμορραγία.
- \* Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε δύο ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- \* Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος να διατηρείται καθαρό.
- \* Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία κάθε 2 - 4 ώρες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και Shock.
- \* Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Όταν τα παροχτευόμενα υγρά είναι 50 - 100 cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικώς, το αναφέρει στο γιατρό.
- \* Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς, οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- \* Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.



**Φλεγμονή.** Η φλεγμονή αναπτύσσεται στην περιοχή του τραύματος γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει πρώτον να τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης Τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος και δεύτερον να ελέγχει τακτικά την περιοχή του τραύματος για εμφάνιση σημείων φλεγμονής. Η φροντίδα του τραύματος περιλαμβάνει από πλευρά νοσηλευτών:

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Ο έλεγχος του τραύματος για σημείο φλεγμονής περιλαμβάνει από πλευρά νοσηλεύτη:

- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτίμηση σημείων που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).
- Παρατήρηση της τομής για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγραφή και αναφορά αυτών αμέσως στο γιατρό.
- Έλεγχος του ποσού των παροχετεύσεων, του χρώματος και της οσμής.
- Σημείωση και αναφορά παραπόνων της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.<sup>12</sup>

**Λεμφοίδημα.** Το λεμφοίδημα δημιουργείται όπως προαναφέρθηκε μετά τη μαστεκτομή από τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμνασή της στην περιοχή. Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος, που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Αναφέρονται φοβίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- ◊ Ότι το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει η ασθενείς να δώσει εξηγήσεις, κάτι βέβαια που θα της είναι δυσάρεστο.
- ◊ Δυσκολίες στο ταίριασμα των ρούχων.

◊ Αλλαγές στον τρόπο ζωής. Μείωση της κινητικότητας και των κοινωνικών συναναστροφών.

◊ Φόβος ότι η νόσος χειροτερεύει. <sup>12</sup>

Μια επεξηγηματική στάση από την πλευρά του νοσηλευτή θα καθησύχαζε το άτομο και θα προλάμβανε τη χειροτέρευση του οιδήματος.

Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη του οιδήματος συμβουλευοντας την ασθενή στα ακόλουθα:

- ◊ Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου - αγκώνα - καρπού και δακτύλων.
- ◊ Αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση ή υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη.
- ◊ Συνίσταται η συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου αν είναι δυνατόν, το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (π.χ. με την τοποθέτηση μαξιλαριών) και αυτό γιατί η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.
- ◊ Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι, όπως επίσης πρέπει να αποφεύγονται η σάουνα και το εντατικό μασάζ.
- ◊ Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου.
- ◊ Όσον αφορά την ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, σταδιακά και αφού καλυφθεί με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας ώστε να αποφευχθούν τα εγκαύματα.
- ◊ Συνίσταται άμεση επίσκεψη στο γιατρό, αν παρουσιαστεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

Φροντίζει για τη σταδιακή κινητοποίηση και δραστηριοποίηση της γυναίκας.

**Λοίμωξη.** Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε εμφάνιση οιδήματος στο σύστοιχο προς μαστεκτομή άκρο, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη

παροχέτευση της λέμφου και τη λίμνασή της στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού. Ο νοσηλευτής ενημερώνει και διδάσκει τη γυναίκα για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης.

→ Πρέπει να αποφεύγονται εμβολιασμοί, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάποιο από τα παραπάνω θεωρηθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή το νοσηλευτή τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού.

→ Πρέπει να περιποιείται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα και να τα πλένει με αντισηπτικό.

→ Να λαμβάνει κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος προφυλακτικά μέτρα ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος του καψίματος, κατά δε την επαφή με το φούρνο να φορά πάντα προστατευτικά γάντια.

→ Να δίδει ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση των μαχαιριών της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο - κέντημα (να φορά πάντα δακτυλήθρα).

→ Προκειμένου να κόβονται οι παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και λιμάρισμα των νυχιών.

→ Αν καπνίζει πρέπει να ανάβει και να κρατάει το τσιγάρο με το άλλο χέρι.

→ Να περιμένει τη συγκατάθεση του γιατρού για τη χρήση αποτριχωτικής μηχανής, κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την περιοχή.<sup>14</sup>

#### γ. Πρόληψη παραμορφώσεων

Στη μαστεκτομηθείσα λόγω περιορισμού της κινητικότητας της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς, η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών η οποία οδηγεί στη δημιουργία παραμορφώσεων και στη μείωση της λειτουργικότητας, είναι ζωτικής σημασίας. Ο νοσηλευτής:

- Κινητοποιεί την ασθενή όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.
- Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων οι οποίες περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υππιασμό του καρπού, σφίξιμο της γροθιάς και έκταση δακτύλων. Σκοπός τους είναι η πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και η διατήρηση της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου.
- Το εύρος και η ένταση των ασκήσεων αυξάνονται προοδευτικά ώστε να μη συνοδεύονται από πόνο και να μη δυσχεραίνεται η ασθενής.
- Κατά την εκτέλεση, ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα καθώς και η διατήρηση της σωστής θέσης του σώματος η οποία προάγει την καλή μηχανική του.
- Μετά την 4<sup>η</sup> - 5<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα αρχίζει ειδικό πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων αποκατάστασης με σκοπό να εξασφαλιστεί η πλήρης κινητικότητα της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση.
- Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές ασκήσεις όπως: να χτενίζει τα μαλλιά της δίχως να σκύβει το κεφάλι της, ή να κρατά ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά, κατόπιν να χαλαρώνει και να επαναλαμβάνει.
- Ακολουθεί η εκμάθηση δυσκολότερων ασκήσεων όπως:

### Κινήσεις του βραχίονα

- Η ασθενής στέκεται όρθια και φέρνει τους βραχίονες σε απαγωγή.
- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλά της πίσω στον τράχηλο.
- Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.
- Επαναφέρει τους βραχίονες στη δεύτερη στάση.
- Λύνει τα δάκτυλά της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Παίρνει την αρχική της στάση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει (εικόνα 4).

Εικόνα 4.



### Κινήσεις προς την πλάτη

- Σε όρθια θέση βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία.
- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω στην πλάτη, έως ότου τα δάκτυλα της φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.
- Επαναφέρει τα χέρια στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει (εικόνα 5.)

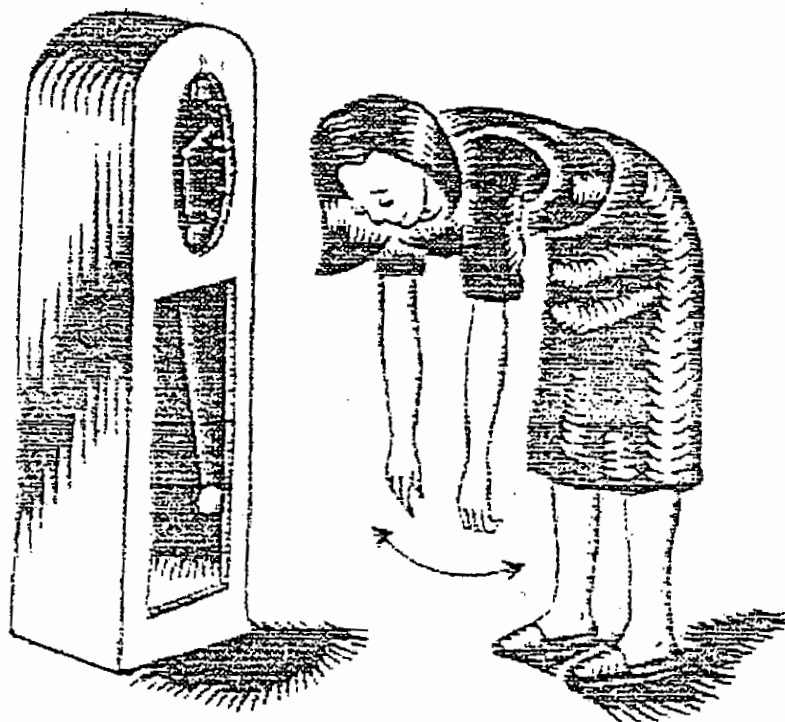
Εικόνα 5.



### Κινήσεις εκκρεμούς

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές (εικόνα 6).

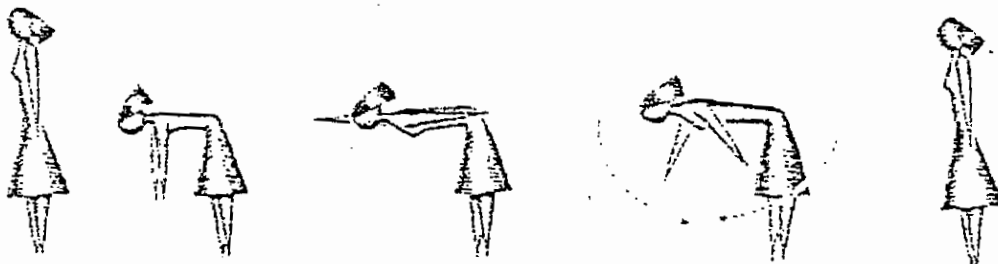
Εικόνα 6.



### Κινήσεις κουτιού

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κατόπιν φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.
- Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση εναλλάσσοντας τα χέρια της (εικόνα 7).

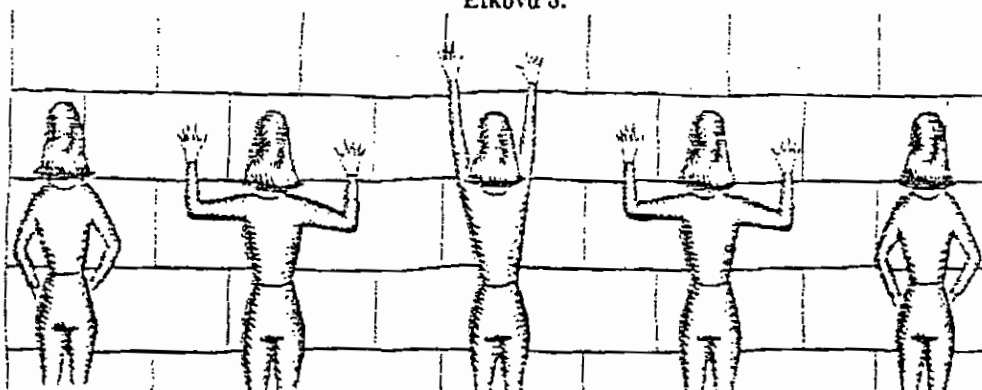
Εικόνα 7.



### Αναρρίχηση στον τοίχο

- Στέκεται όρθια, γυρισμένη προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο πιο κοντά είναι δυνατόν.
- Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο, ισιώνοντας τους ώμους.
- Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση (Εικόνα 8).

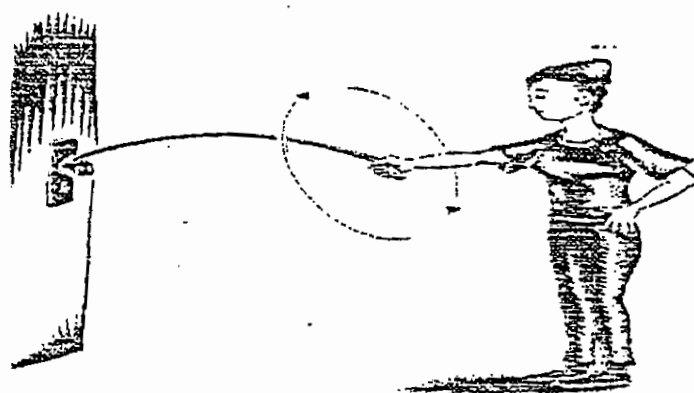
Εικόνα 8.



### Γύρισμα σχοινάκι

- Δένει σφιχτά στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 μέτρων περίπου.
- Στέκεται 2 μέτρα μακριά από την πόρτα και πιάνει με το προσβεβλημένο χέρι την άκρη του σχοινιού αφού πρώτα δημιουργήσει σ' αυτήν ένα κόμππο.
- Βάζει το άλλο χέρι στη μέση για να βοηθήσει την ισορροπία της.
- Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή το σχοινί. Οι κύκλοι σιγά - σιγά έως ότου οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι' αυτό πρέπει να κρατάει το χέρι της τεντωμένο (Εικόνα 9).

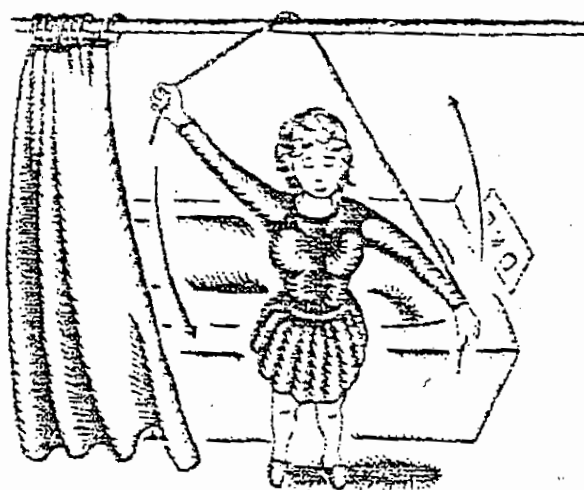
Εικόνα 9.



### Κινήσεις τροχαλίας

- Παίρνει ένα σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα και την περνάει από κάποιο ψηλό στοιχείο, αφού κάνει στις άκρες δύο κόμπους.
- Στέκεται όρθια ανάμεσα στο σχοινί και κρατώντας τους κόμπους κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι ώστε ταυτόχρονα να ανεβαίνει το χειρουργημένο κατά το δυνατόν ψηλότερα.
- Κρατά τα χέρια της τεντωμένα. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει (Εικόνα 10).

Εικόνα 10.

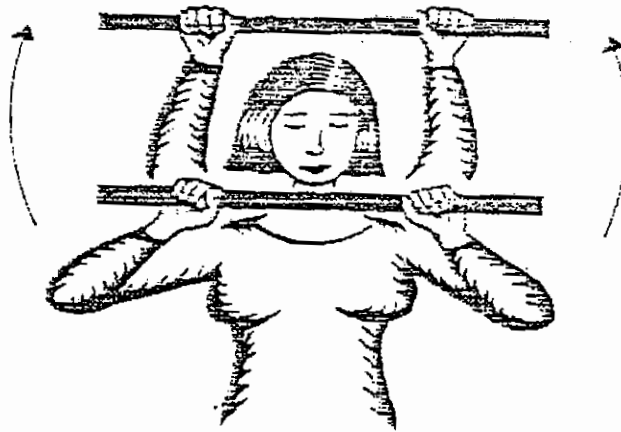




### Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους

- Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει πίσω από το κεφάλι της.
- Οι βραχίονες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής. Η άσκηση επαναλαμβάνεται σιγά - σιγά, έως ότου η ασθενής να μπορέσει να ευθείάσει από τη θέση αυτή τους βραχίονες.
- Εν συνεχεία, ξαναφέρει τους βραχίονες στην αρχική θέση. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει (Εικόνα 11).<sup>13</sup>

Εικόνα 11.



### **B. 2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία με χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες στον οργανισμό των ασθενών. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη χημειοθεραπεία είναι:

- α. Καταστολή του μυελού των οστών με αποτέλεσμα να προκαλείται λευκοπενία, θρομβοπενία, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή.
- β. Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα με ναυτία και έμετο, διάρροια, στοματίτιδα.
- γ. Αλωπεκία.
- δ. Νευροτοξικότητα.
- ε. Νεφροτοξικότητα.

στ. Προβλήματα με το γεννητικό σύστημα.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

**α. Καταστολή του μυελού των οστών.** Η νοσηλευτική φροντίδα προσανατολίζεται στην πρόληψη και αντιμετώπιση της λευκοπενίας, θρομβοπενίας και της αναιμίας.

• **Λευκοπενία.** Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να εξασφαλίσει καθαρό και υγιεινό περιβάλλον επειδή, λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων.

↔ Παρακολουθείται η τιμή των λευκών αιμοσφαιρίων και σε περίπτωση απότομης πτώσης, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

↔ Ενημερώνεται η ασθενής ότι σε περίπτωση αύξησης της θερμοκρασίας του σώματος, ρίγη, βήχα, οίδημα, ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης (σημάδια λοίμωξης) αναφέρονται αμέσως.

↔ Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοιμώξεις. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα.

↔ Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα.

↔ Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο. Το προσωπικό και οι συγγενείς τοποθετούν μάσκα, γάντια και ποδιά κατά την παραμονή στο δωμάτιο.

↔ Όταν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

↔ Μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο, ο νοσηλευτής τη συμβουλεύει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους ή να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοίμωξη γιατί αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης κάποιας νόσου.

• **Αιμορραγία.** (μείωση των αιμοπεταλίων). Όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειωθεί, μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. Ο νοσηλευτής:

↔ Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων. Ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματοουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πτύελα, μέλαινα κένωση. Ο νοσηλευτής φροντίζει να παρατηρήσει τα παραπάνω.

↔ Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής (σε πτώση αυτών η ασθενής οδηγείται στο νοσοκομείο).

↔ Παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση (σε πτώση αυτής η ασθενής οδηγείται στο νοσοκομείο).

↔ Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Σε περίπτωση που πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση για 3 min στο σημείο της ένεσης.

↔ Ασυνήθιστη αιμορραγία μετά από ένεση πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.

↔ Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαιτέρως σαλικυλικά (Aspirine).

↔ Δίνει συμβουλές στην ασθενή, ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη της αιμορραγίας.

• **Αναιμία.** Απαγορεύεται η χρήση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή, αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο νοσηλευτής:

↔ Παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη, τον αιματοκρίτη.

↔ Παρακολουθεί συμπτώματα, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

↔ Χορηγεί τροφές πλούσιες σε λευκώματα, σίδηρο, καθώς και σκευάσματα σιδήρου εάν είναι απαραίτητο.

↔ Συνιστά την ελάττωση των δραστηριοτήτων της ασθενούς, την επαρκή ανάπαυση.

↔ Σε περίπτωση απώλειας αίματος ο νοσηλευτής πρέπει να παίρνει μέτρα.

↔ Ο νοσηλευτής ετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος σε μεγάλη πτώση των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

**β. Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα.** Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Ο νοσηλευτής λαμβάνει προληπτικά μέτρα όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο).
- Χορήγηση χημειοθεραπευτικών με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.
- Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα.
- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες.
- Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Συνίσταται καλή μάσηση της τροφής.
- Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή.

**Διάρροια.** Ο νοσηλευτής λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας όπως:

- Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο διότι αυξάνει την κένωση του εντέρου.
- Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, χορταρικά κ.τ.λ.
- Αποφεύγεται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

**Στοματίτιδα.** Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνά ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση.

Ο νοσηλευτής βοηθά στην πρόληψη της στοματίτιδας με τους ακόλουθους τρόπους:

- \* Λαμβάνει οδοντιατρικό ιστορικό.
- \* Εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.
- \* Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή σε αυτή.
- \* Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου.
- \* Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, όπως να πίνει άφθονα υγρά, να προσπαθεί να τρώει μαλακές τροφές, να πιπιλίζει μικρά κομμάτια πάγου.
- \* Να πλένει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα.

**γ. Αλωπεκία:** Με τη χημειοθεραπεία παρατηρείται πτώση των τριχών της κεφαλής καθώς και σε άλλα σημεία του σώματος. Ευτυχώς, η πτώση των τριχών είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Ο νοσηλευτής έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών στην ασθενή προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου ως εξής:

- ⇒ Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή και ότι είναι προσωρινή.
- ⇒ Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία.
- ⇒ Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.
- ⇒ Ενημερώνει την ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα με τα οποία δύναται η αλωπεκία να αποτραπεί ή να αντιμετωπισθεί θετικά, όπως να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες ή να χρησιμοποιεί μάσκα υποθερμίας στο κεφάλι (προκαλείται αγγειοσύσπασση με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα και χημειοθεραπευτικό στους θυλάκους των τριχών).

**δ. Νευροτοξικότητα.** Σε περίπτωση νευροπάθειας ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει την ασθενή ως εξής:

⇒ Χρησιμοποιεί μέτρα ασφάλειας για την προστασία της.

⇒ Διατηρεί τα μέλη του σώματός της σε φυσιολογική θέση.

**ε. Νεφροτοξικότητα.** Η χημειοθεραπεία προκαλεί αύξηση του ουρικού οξέος και καθίζηση κρυστάλλων ουρικού οξέος στα εσπειραμένα σωληνάκια, στους κάλυκες ή στην πύελο. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από ολιγούρια και, αν δεν θεραπευτεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Ο νοσηλευτής:

- Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων).
- Ελέγχει το ισοζύγιο των λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Χορηγεί άφθονα υγρά και φάρμακα (κατόπιν ιατρικής εντολής) για να αντισταθμιστεί η αύξηση του ουρικού οξέος.
- Χορηγεί τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά πτωχές σε κάλιο και νάτριο για αποφυγή κέτωσης και αύξησης των ηλεκτρολυτών.

**στ. Προβλήματα στο γεννητικό σύστημα.** Ο νοσηλευτής ενημερώνει για αλλαγές όπως:

- ◇ Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο.
- ◇ Εξάψεις και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- ◇ Ορμονικές αλλαγές, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο, ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.
- ◇ Η θεραπεία είναι δυνατόν να προκαλέσει στειρότητα προσωρινή ή μόνιμη.

Συνίσταται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας για τον κίνδυνο των τερατογενέσεων.<sup>10</sup>

### **B. 3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Παρά τις βελτιώσεις των πηγών ακτινοβολίας και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

i. **Συστηματικές.** Αποτελούν το ονομαζόμενο «ακτινικό σύνδρομο», το οποίο χαρακτηρίζεται από:

- Γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση.
- Ναυτία, εμέτους.
- Ανορεξία.
- Απώλεια βέρους.
- Δεκαδική πυρετική κίνηση.

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την ασθενή, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες ημέρες ή βδομάδες.

ii. **Τοπικές** οι οποίες διακρίνονται σε:

- Πρώιμες (ακτινοδερματίτιδα, αναστολή μυελού των οστών, δυσκαταποσία, δυσφαγία, ναυτία, έμετος, διάρροια, κόπωση, αδυναμία, ξηροστομία).
- Όψιμες (υπέρχρωση ή απόχρωματισμός του δέρματος, καρκίνος δέρματος, πνευμόνων, οστών, αλωπεκία, πνευμονικό οίδημα και λεμφικό οίδημα, μεταλλάξεις, πολυτερηδονισμός).

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία συνίσταται στα ακόλουθα:

≈ Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να βρει την κατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας (και οπωσδήποτε πριν αυτή ολοκληρωθεί), ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να εμφανισθούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη

και την αντιμετώπισή τους και των ατόμων, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για τη λήψη πληροφοριών.

- ≈ Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.
- ≈ Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- ≈ Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

#### **B. 4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ορμονοθεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως την προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου. Ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να εκδηλωθούν ως οστικός πόνος, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση, ή ως υπερασβαστιαιμία. Οι εξάψεις, αύξηση βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος είναι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να οδηγήσουν σε δυσχέρεια της συνέχισης της θεραπείας.

Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή στα εξής:

- ♣ Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.
- ♣ Καθησυχάζει την ασθενή όταν ο όγκος του στήθους αυξηθεί.
- ♣ Χορηγεί στην ασθενή αναλγητικά όταν υπάρχει έντονος πόνος (κατόπιν ιατρικής εντολής).
- ♣ Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για την πιθανή εμφάνιση της υπερασβαστιαιμίας.
- ♣ Τέλος, οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικά επίπεδα κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας.<sup>11</sup>

Μετά τη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού, είναι σημαντική η συνεχής και πρόοδευτική παρακολούθηση της ασθενούς για δύο λόγους: για να αποκαλυφθεί ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου και να παρακολουθηθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία. Αυτό σημαίνει



επανελημμένες επισκέψεις της ασθενούς στο νοσοκομείο. Επομένως είναι φανερό πως η σχέση μεταξύ των νοσηλευτών και της ασθενούς δε σταματά μετά τη χειρουργική επέμβαση στο νοσοκομείο αλλά είναι μια σχέση διαρκείας. Γι' αυτό και ο νοσηλευτής προάγει σχέσεις εμπιστοσύνης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία, όχι μόνο για να βοηθήσει την ασθενή να νιώσει άνετα στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και ο ίδιος να βοηθηθεί στο δύσκολο έργο της αντιμετώπισης της καρκινοπαθούς. <sup>15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

---

### 5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Δύο κυρίως συνιστώσες διακρίνονται στην αντίδραση του ασθενή όταν διαγνωστεί ο καρκίνος. Η σημαντικότερη (και συχνότερη) είναι ο φόβος και η αγωνία. Ο περισσότερος κόσμος φοβάται ότι ο καρκίνος γενικά είναι αθεράπευτος, η ίδια η θεραπεία φοβίζει. Η δεύτερη συνιστώσα αφορά στο πώς ο ασθενής αντιμετωπίζει το φόβο και την αγωνία του. Η αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από μια ταλάντευση ανάμεσα στην ελπίδα και την απόγνωση καθώς το άτομο αναπτύσσει κάποιον τρόπο αποδοχής της διάγνωσης και της θεραπείας.

Στο παρελθόν ελάχιστη σημασία δόθηκε στα αισθήματα του ασθενή. Ενώ υπήρχε μέριμνα και ενδιαφέρον για τη συγκινησιακή κατάπτωση του ασθενούς, ο ίδιος είχε στηριχτεί στις δικές του δυνάμεις προκειμένου να αντιμετωπίσει τις συγκινησιακές συνέπειες της διάγνωσης. Αν ο ασθενής δε μπορούσε να αντεπεξέλθει σ' αυτές και δοκίμαζε ψυχική κατάπτωση, τον παρέπεμπαν συχνά σε ψυχιατρική κάλυψη, προσφερόμενη συνήθως υπό τη μορφή ψυχοτρόπων φαρμάκων και με σκοπό την καταπράυνση του ασθενή.

Τα τελευταία χρόνια όμως οι ψυχικές αυτές αντιδράσεις τυγχάνουν συστηματικής προσοχής.<sup>16</sup>

#### 5.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί με ποικίλους τρόπους να βοηθήσει τις ασθενείς να νιώθουν ελπίδες και να ελαττώσουν τα αισθήματα πρόγνωσης, φόβου και αγωνίας.

α) Σε πρώτο επίπεδο η παροχή επαφών μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών, πέρα από τις καθαρά ιατρικές, βοηθά στην κατοχύρωση της σοβαρότητας και της αξίας των αισθημάτων τους.

Έχει αποδειχθεί ότι παρακινώντας τις ασθενείς να μιλήσουν για τα αισθήματά τους μπορεί να συντελέσει στο να μετριαστούν τα αισθήματα απαισιοδοξίας τους. Η ενθάρρυνση για εξωτερίκευση, ταξινόμηση και τέλος αντιμετώπιση των αισθημάτων, βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών σωματικών επιπτώσεων, οι οποίες συσχετίζονται με την προσπάθεια καταστολής και συγκράτησης του φόβου και της απόγνωσης. Το να μοιράζεται κανείς τα αισθήματα με κάποιον άλλο, με ένα νοσηλευτή, βοηθά στο να μετριαστεί η απόγνωση και γεννά ελπίδες.

β) Από την άλλη, οι έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς χρειάζονται ενημέρωση. Οι γιατροί και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται σε ιδανική θέση για να υπηρετήσουν αυτό το σκοπό.<sup>17</sup>

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς χρειάζονται σημαντική βοήθεια από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, να ξέρουν τι έχουν να προσδοκούν από τη θεραπεία και να μάθουν για το είδος του καρκίνου τους. Άπαξ και έχει διαγνωστεί καρκίνος σε ένα άτομο, το οπτικό του πεδίο στενεύει, νιώθει πως αντικρίζει το θάνατο. Αισθάνεται επίσης η ασθενής ότι ανάμεσα στην ίδια και το θάνατό της βρίσκεται μόνο ο γιατρός και αναπτύσσεται μια έντονη εξάρτηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Δεν το συνειδητοποιεί όμως όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ούτε αντιλαμβάνονται την ψυχολογική πρόκληση, την οποία παρουσιάζει η διεργασία αυτή στους ίδιους και στους ασθενείς τους. Θα ήταν μεγάλη βοήθεια αν γνώριζαν στοιχειωδώς για αυτή την εξάρτηση που είναι ο χώρος της ψυχοθεραπείας, την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούσε εν μέρει να διδάχθει για να κατανοήσει το ρόλο του καλύτερα.<sup>17</sup>

Σε συναφές επίπεδο, έρευνες έδειξαν ότι νοσηλευτικό προσωπικό που αφιερώνει χρόνο να ενημερώσει τους ασθενείς για την μελλοντική τους κατάσταση και ακούει τα προβλήματά τους, βοηθά τους ασθενείς στο να νιώθουν ότι οι αγωνίες και οι φοβίες τους προσέχονται, και στο να καταστούν πιο ικανοί να αντεπεξέλθουν στη θεραπεία.

Καρκινοπαθείς που έχουν καλές σχέσεις με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ειδικά με τους γιατρούς τους, τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερα ψυχικά προβλήματα από ότι όσοι δεν τις έχουν.

Το ότι τα τελευταία χρόνια έγινε εμφανής μετατόπιση του ενδιαφέροντος στις ψυχικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς έχει διάφορους λόγους.

Ο πιο σημαντικός λόγος ήταν η συνειδητοποίηση του ότι ο καρκίνος είναι ένα σύμπλοκο από νόσους που μέχρι τώρα αντιστάθηκε σε όλες τις προσπάθειες να βρεθούν απλές και αποτελεσματικές θεραπείες.

Δεύτερον η έγνοια για την ποιότητα της ζωής. Θεωρείται σπουδαίο να βοηθούνται οι καρκινοπαθείς να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους όσο το δυνατό πιο άνετα. Αυτό βέβαια έρχεται να προστεθεί στο γεγονός ότι η αντικαρκινική αγωγή έχει ανέκαθεν ψυχολογικές συνέπειες: εγχειρήσεις, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μπορούν και μόνες τους να προκαλέσουν στους ασθενείς ψυχολογικά προβλήματα προσαρμογής.

Τέλος, υπάρχει ήδη αυξανόμενη συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι η βίωση ψυχολογικά καταπτωτικών συγκινήσεων, όπως ο φόβος και η αγωνία, μπορεί να έχουν σωματικές επιπτώσεις που με τη σειρά τους πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψιν κατά την αντικαρκινική θεραπεία.<sup>18</sup>

γ) Τέλος, η αναγγελία διάγνωσης μιας θανατηφόρου νόσου, όπως ο καρκίνος του μαστού σε προχωρημένο στάδιο είναι ένα θέμα που προκαλεί το φόβο του θανάτου στην ασθενή. ο φόβος του θανάτου μπορεί να σχετίζεται με το φόβο για τον πραγματικό θάνατο και με το φόβο για τη διαδικασία του θανάτου, με τον πόνο, την αναπηρία, τη εξάρτηση και την απώρριψη.

Ο νοσηλευτής και όσοι κινούνται στο χώρο της υγείας οφείλουν πολλά στις ασθενείς που βρίσκονται κοντά στο θάνατο αλλά και παίρνουν πολλά. Ένα από αυτά που οφείλουν είναι η υποχρέωση να μεταχειρίζονται την ασθενή ως άτομο μέχρι το τελευταίο κλάσμα του δευτερολέπτου της ζωής της και ως το τελευταίο μόριο της ύπαρξής της. ειδικότερα στον άνθρωπο που είναι στη διαδικασία του βηματισμού από τη ζωή στο θάνατο οφείλουν τουλάχιστον μια στάση και μια μεταχείριση που περιγράφεται συνοπτικά αλλά πλήρως στους στίχους της ογκολόγου Stacey Day:

<i>Και θα έλεγα</i>	<i>And I would say</i>
<i>Δεν είμαι γιατρός</i>	<i>I am no doctor</i>
<i>Είμαι ένας θεραπευτής</i>	<i>I am a physician</i>
<i>Είμαι ο πιλότος σου</i>	<i>I am your pilot</i>
<i>Έλα να οδηγήσουμε το πλοίο σου</i>	<i>Come to guide your ship</i>
<i>στο τελευταίο του μουράγιο</i>	<i>to its last dock</i> <sup>19</sup>

## 5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η συμβολή της οικογένειας είναι απαραίτητη και μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο υποστηρικτικό σύστημα στη συνολική αντιμετώπιση της ασθενούς, δεδομένου ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια μακροχρόνια νόσος, έτσι και η σχέση των λειτουργιών υγείας και της οικογένειας θα είναι μακρά.

Όταν η οικογένεια επιτελεί τον ψυχολογικό υποστηρικτικό ρόλο της, δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως ξεκομμένη κοινωνική ομάδα, αφού για την αποτελεσματικότητά της στον τομέα αυτό έχει ανάγκη βοήθειας και καθοδήγησης που μόνο η πολιτεία μπορεί να προσφέρει.

Δεκάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι τόσο η κατάσταση της ασθενούς όσο και η ανταπόκριση της οικογένειας στο έργο της, βελτιώνονται όταν πλαισιώνονται από τη γνώμη και καθοδήγηση ειδικών. Χωρίς αυτή, προβλήματα μπορούν εύκολα να προκύψουν, όταν τα μέλη που έχουν αναλάβει την υποστήριξη της ασθενούς μένουν μετέωρα και ανίσχυρα.<sup>20</sup>

Η επίτυχία της οικογένειας να υποστηρίξει ψυχολογικά και αποτελεσματικά την καρκινοπαθή εξαρτάται από την ικανότητα που έχει η οικογένεια να κρατά την ασθενή στους σωστούς προσωπικούς της στόχους, με αυτή την προϋπόθεση η οικογένεια θα πρέπει να επικεντρώσει τα αποθέματα γνώσεων και δύναμης που διαθέτει στα εξής σημεία:

⇒ *Συναισθηματική υποστήριξη*: Το χαρακτηριστικό αυτό αφορά τη συμπεριφορά εκείνη της οικογένειας η οποία σκοπό έχει να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι εξακολουθούν οι αγαπημένοι της να τρέφουν αγάπη και εκτίμηση, ανεξάρτητα από την κατάστασή της. εύκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του

χαρακτηριστικού αυτού για την ασθενή που βρίσκεται κάτω από συναισθηματική πίεση.

⇒ Κοινωνική στήριξη: Αναφέρεται στην ανάγκη της ασθενούς για επαφή και επικοινωνία με άλλους ανθρώπους και είναι μέλημα της οικογένειας να την ενθαρρύνει σε αυτό. Η υποστήριξη από άλλους ανθρώπους, φίλων, συγγενών, γειτόνων είναι η καλύτερη πηγή δύναμης για την πάσχουσα. Γιατί οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν μια πιεστική κατάσταση όταν κινητοποιούνται και συνδέονται με άλλους μπορούν να απαλύνουν τα αισθήματά τους της μοναξιάς και της απομόνωσης. Αν αυτά τα άτομα παρουσιάσουν το ίδιο πρόβλημα υγείας με την ασθενή μπορούν να πάρουν πληροφορίες και να αντλήσουν σιγουριά.

⇒ Διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας της ασθενούς: Αναφέρεται στο βαθμό κοινωνικής ένταξης της ασθενούς. η οικογένεια της ασθενούς θα πρέπει με θυσίες προσωπικές συχνά, να διατηρήσει τους ήδη υπάρχοντες κοινωνικούς δεσμούς ή να αποκαταστήσει τους ήδη χαλαρούς. Η χαλάρωση των δεσμών της ασθενούς με τον κοινωνικό περίγυρο οδηγεί στη μη υγιή κατάσταση της απομόνωσης και μοναξιάς. Άρα, οι κοινωνικοί δεσμοί βοηθούν στη διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου, πράγμα πολύ σημαντικό κατά την περίοδο μιας κρίσης όπως αυτή της κακοήθους νεοπλασίας.

Μεταξύ άλλων ερευνητών ο Yalom έχει πειραματιστεί με την επίδραση του φιλικού περιβάλλοντος σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. η έρευνα έδειξε πως οι γυναίκες που συμμετείχαν σε φιλικές συγκεντρώσεις ήταν λιγότερο ανήσυχες και μελαγχολικές από εκείνες που Δε συμμετείχαν σε παρόμοιες φιλικές συγκεντρώσεις.

⇒ Πληροφόρηση της ασθενούς: Η πληροφόρηση σαν είδος υποστήριξης της ασθενούς με κακοήθη νεοπλασία του μαστού είναι σημαντική και αποτελεί και θέμα της οικογένειας της ασθενούς. Υπερπροστασία και απόκρυψη της αλήθειας από την ασθενή, είναι ο συνηθέστερος τρόπος αντίδρασης της οικογένειας, αν και τα τελευταία χρόνια μοιάζει να κερδίζει έδαφος η ανοικτή επικοινωνία αφού οι ειδικοί έχουν προχωρήσει σ' αυτόν το τομέα και φάνηκαν θετικά αποτελέσματα.

Η ανοικτή επικοινωνία δεν είναι εύκολη, αλλά δεν είναι και πανάκεια για κάθε οικογένεια που αντιμετωπίζει τον καρκίνο. Ένας παράγοντας που συμβάλλει στις δυσκολίες για επικοινωνία, είναι ο διαφορετικός βαθμός επιθυμίας των μελών της οικογένειας για επικοινωνία.

Πολλές γυναίκες με μαστεκτομή περίμεναν περισσότερη συζήτηση με τους συντρόφους τους, οι οποίοι όμως δεν είχαν την ίδια επιθυμία να συζητήσουν και γιατί νόμιζαν ότι μπορεί να δημιουργήσουν αρνητικά συναισθήματα και να παρεμποδίσουν την καλή προσαρμογή των συζύγων τους. Ακόμα, πολλά ζευγάρια αναφέρουν σα μυστικό της επιτυχίας τους ότι ποτέ δε συζήτησαν για τον καρκίνο. Σ' αυτή την περίπτωση όμως δεν πρέπει να μιλήσουμε για ανικανότητα επικοινωνίας αλλά μάλλον έχουμε να κάνουμε με συνειδητή επιλογή των ζευγαριών.

Η οικογένεια θα πρέπει να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στην ασθενή, με τέτοιο τρόπο όμως, που να μην εκλαμβάνεται ως πίεση από την ασθενή με αποτέλεσμα να την αποθαρρύνει. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να επιλέγουν προσεκτικά τη χρονική στιγμή που θα προσφέρουν υποστήριξη στην ασθενή.

Σε έρευνα των Burton και Parker ασθενείς ρωτήθηκαν για την υποστήριξη από συζύγους, άλλα μέλη οικογένειας, φίλους και θρησκευτικές ομάδες. Ειδικότερα γυναίκες ρωτήθηκαν αν είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν τα συναισθήματά τους για την εγχείρηση της μαστεκτομής με τα παραπάνω πρόσωπα. 2% δήλωσαν ότι δεν είχαν ή δε χρησιμοποίησαν καμιά πηγή υποστήριξης, 21% μια πηγή, 35% δύο πηγές, 28% τρεις πηγές και 4% τέσσερις πηγές. Στην ίδια όμως έρευνα παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν ο αριθμός των πηγών υποστήριξης τόσο αυξανόταν ο δείκτης κατάθλιψης των ασθενών. Αυτό ίσως να οφειλόταν ακριβώς στο stress που ασκείται από ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο στον ασθενή.

Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη από πλήρη ενημέρωση και εκπαίδευση, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες της ασθενούς με καρκίνο μαστού, να δώσουν και να πάρουν υποστήριξη έτσι ώστε να βοηθηθεί η οικογένεια σ' αυτό το ψυχοθεραπευτικό ρόλο που της ζητούμε να παίξει.<sup>7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

---

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί τη φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατό πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη.

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής πρόληψη.

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στη προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση, στην προστασία από καρκίνο του μαστού.

Η Δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια (καρκίνο του μαστού) και να τη θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που αυτό δεν είναι δυνατό, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες.

Η Τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια (συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού) και στην



αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε, όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας.<sup>21</sup>

### **6.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.**

Όλοι σήμερα γνωρίζουμε ότι η πρόληψη και συγκεκριμένα η πρόληψη καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή αφού πρωτοστατεί στις φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου μαστού είναι πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση, έχει ανάγκη από μεθοδολογία.

Πίνακας. 14

Μεθοδολογία πρόληψης Κ.Μ.	Στοιχεία	Προσέγγιση
Χαρακτηριστικά στόχων	Επιδημιολογικά δεδομένα	Προσωπικού – γενικού χαρακτήρα
Διαθέσιμες υπηρεσίες	Συνήθειες της οικογένειας	

Μέσα προσέγγισης	Πιθανές στάσεις, Ιστορικό ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ	Οικογενειακή προσέγγιση
Προσφορότερη κατανομή δαπανών	Περιβαλλοντικά στοιχεία  Επίδραση στο χώρο εργασίας (άμεση ή έμμεση)  Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς	Εργασιακή προσέγγιση

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- α) Γνώσεις για τον καρκίνο μαστού και τη φυσική του εξέλιξη
- β) Γνώσεις των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- γ) Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- δ) Ικανότητα φυσικής εκτίμησης
- ε) Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής
- στ) Ικανότητα στην άσκηση Αγωγής Υγείας σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού

Επειδή οι γνώσεις που διαθέτουν τα άτομα για τον καρκίνο του μαστού δεν είναι πάντοτε αρκετές, σύγχρονες και αποτελεσματικές, οι υπεύθυνοι επιστήμονες Αγωγής Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές κ.τ.λ.) έχουν χρέος να παρέχουν πρόσφατες και ανανεωμένες, έγκυρες γνώσεις στα άτομα της κοινότητας.

Όπως προκύπτει η αγωγή υγείας στοχεύει όχι μόνο στο να αποκτήσει ο γυναικείος πληθυσμός γνώσεις που αφορούν τον καρκίνο του μαστού αλλά στη διαμόρφωση συμπεριφοράς έστω κι αν οι γνώσεις ( που αφορούν την

πρόληψη) αποτελούν την προϋπόθεση για την εποικοδόμηση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Η επιθυμητή συμπεριφορά στην οποία στοχεύει η Αγωγή Υγείας έχει να κάνει με την αυτοπειθαρχία και την αυτοφροντίδα που πρέπει να αναλάβουν τα άτομα για τη δική τους υγεία.

Για να γίνει αυτό κατανοητό: Δεν αρκεί να γνωρίζουν οι γυναίκες πως η αυτοεξέταση του μαστού οδηγεί στην έγκαιρη ανίχνευση όγκου στο μαστό με αποτέλεσμα την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και την καλύτερη πρόγνωση, αλλά χρειάζεται να εφαρμόζουν περιοδικά την αυτοεξέταση των μαστών.

## **6.2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων.

Ο νοσηλευτής πιο συγκεκριμένα:

- Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
- Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου του μαστού.
- Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό.
- Εντοπίζει με ένα καλό ιστορικό, τους παράγοντες που δυνατό να οδηγήσουν σε μια καθυστέρηση όσον αφορά την επίσκεψη στο γιατρό, ανιχνεύει τα αίτια που τους δημιουργούν και τους αναχαιτίζει με σωστή διδασκαλία και ενημέρωση των γυναικών.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα

καρκίνου μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος του νοσηλευτή που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Κοινωνικοί: πολλές φορές μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία για το καλό της οικογένειάς της.
- Οικονομικοί: Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστες, μικρών ταμείων) βρίσκουν ότι δε μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι' αυτά τους τα συμπτώματα. Στην Ελλάδα το κόστος των εξετάσεων δε δημιουργεί βεβαίως πρόβλημα.
- Έλλειψη μόρφωσης: Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά, ο όγκος του μαστού, που δε φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Σηχνά λένε: «Ο όγκος δεν με ενόχλησε κι έτσι κι εγώ δεν τον ενόχλησα». Αυτό το είδος άγνοιας συναντάται ακόμη και μεταξύ αποφοίτων Λυκείου, καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή από τον καρκίνο μαστού. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον καρκίνο μαστού δεν περιλαμβάνεται στη διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με ό,τι πιστεύουν πολλές από τις καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή η νόσος τους είναι ανίατη και καθυστερούν γι' αυτό να προσέλθουν στο γιατρό τους. Ο σκεπτικισμός αυτός είναι κατανοητός, επειδή πολλές

από αυτές δεν γνώρισαν καμιά γυναίκα που να θεραπεύτηκε από καρκίνο μαστού. Στην Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.<sup>22</sup>

Άλλοι παράγοντες.

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας:

α. Ο φόβος

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχθούν οι συγκινησιακές ( συναισθηματικές) σχέσεις με τους συζυγούς τους.

β. Σεμνοτυφία και ντροπή.

Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευτούν έναν ειδικό για το μαστό τους.

γ. Αποφυγή ψηλάφησης του μαστού.

Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δε φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού, ενόσω είναι ακόμα μικρός.

δ. Αρνητισμός.

Γυναίκες που μεγαλώνουν σε σκληρό και εχθρικό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να προχωρήσουν πάρα πολύ τα συμπτώματα.

ε. Κατάθλιψη.

Μερικές γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους.

στ. Καταπίεση.

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος

- Του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί.
- Της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα που δεν είναι τόσο σοβαρά.<sup>12</sup>

### **6.3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών του μαστού βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προδιηθητικής φάσεως (in situ phase) ή σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.

Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου, έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές.

Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Το κύριο μέσο προσυμπτωματικού ελέγχου για τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού είναι τα προγράμματα screening. Screening ή διαλογή είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται ευκολα, φθηνά και γρήγορα.

Οι κύριες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα screening (διαφορετική σάρωση γυναικείου πληθυσμού) είναι:

α) Αυτοεξέταση: Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία, κάθε γυναίκα πάνω από 20 ετών πρέπει να αυτοεξετάζεται μια φορά το μήνα.

Στις προεμμηνοππαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να γίνεται 5 – 7 ημέρες προ της ωορρηξίας και επαναλαμβάνεται κάθε μήνα την ίδια μέρα.

Στις μετεμμηνοππαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να γίνεται σε μια σταθερή ημερομηνία κάθε μήνα.

β) Φυσική εξέταση των μαστών από τον ιατρό: θα πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε δυο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 20 – 40 ετών, ενώ μετά τα 40 θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά μια φορά κάθε χρόνο.

γ) Μαστογραφία: σε ηλικία μικρότερη των 35 ετών δεν πρέπει να γίνεται, εκτός κι αν υπάρχουν πρώτου βαθμού συγγενείς με προεμμηνοππαυσιακό καρκίνο.

Σε ηλικίες 35 – 40 ετών γίνεται μια μαστογραφία, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε στοιχείο αναφοράς αργότερα.

Σε ηλικίες 40 – 49 ετών θα πρέπει να γίνεται μια κάθε δύο χρόνια ή κάθε χρόνο εφ' όσον υπάρχει ύποπτη ένδειξη σε προηγούμενη μαστογραφία ή συνυπάρχουν κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου.

Σε ηλικίες πάνω από τα 50 έτη πρέπει να γίνονται μία ετησίως.<sup>23</sup>

Τα στοιχεία δείχνουν ότι όσο νωρίτερα ανιχνεύεται ο καρκίνος, τόσο καλύτερο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης της ασθενούς. Πάρα πολλές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για την ανίχνευση της νόσου σε πρώιμο, δυνητικά ιάσιμο στάδιο. Πάντως, η μόνη μέθοδος διαλογής σε ασυμπτωματικές γυναίκες, με αποδεδειγμένο όφελος στην επιβίωση, είναι η μαστογραφία συνδυασμένη με τη φυσική εξέταση του μαστού από το γιατρό και την ασθενή.

Είναι σαφές ότι αυτή η τεχνική μπορεί να ανιχνεύσει νεοπλασμάτα στο προδιηθητικό και μη ψηλαφητό στάδιο. Η θερμογραφία, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και η διαφανοσκόπηση δεν έχουν ακόμα αποδειχθεί χρήσιμα εργαλεία διαλογής και παραμένουν πειραματικά. Η διαδεδομένη χρήση της μαστογραφίας ως μεθόδου διαλογής είναι αμφιλεγόμενη λόγω προβλημάτων κόστους και της πιθανότητας

καρκινογένεσης με την επανειλημμένη έκθεση στην ακτινοβολία. Πάντως, με τον μοντέρνο εξοπλισμό και την απαραίτητη εμπειρία, η δόση της ακτινοβολίας στο μαστό είναι χαμηλή κι ο σχετικός κίνδυνος καρκινογένεσης είναι οπωσδήποτε χαμηλός σε σχέση με το φυσικό κίνδυνο της νόσου. Γενικά πάντως, η μαστογραφία είναι λιγότερο χρήσιμη σε νέες γυναίκες, λόγω της αυξημένης πυκνότητας του μαστού και επειδή ο νεανικός μαστός είναι περισσότερο ευαίσθητος στην καρκινογόνο δράση της ακτινοβολίας.

Σήμερα, εμφανίζονται αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της χρήσης αυτών των μεθόδων. Όλοι όμως αποδέχονται τα θετικά τους αποτελέσματα στα άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του μαστού ή σάρωσης, όπως λέγεται, θεωρείται τεκμηριωμένη, με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά το ¼ του σημερινού της επιπέδου.

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε τη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, της λήψης ολοκληρωμένου ιστορικού (ατομικού, οικογενειακού). Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, αυξάνει τον κίνδυνο κατά ποικίλο βαθμό. Στις συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή ή κόρη) ο κίνδυνος είναι συνάρτηση του αν ο καρκίνος ήταν αμφοτερόπλευρος (5,4 φορές αύξηση) και του αν συνέβη κατά τη διάρκεια της προεμμηνοπαυσιακής (3 φορές αύξηση) ή μετεμμηνοπαυσιακής (1,5 φορές αύξηση) περιόδου. Ο υψηλότερος κίνδυνος (8,8 φορές αύξηση) παρατηρείται σε συγγενείς ασθενών με αμφοτερόπλευρο καρκίνο που αναπτύχθηκε στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Προφανώς αυτές οι γυναίκες με επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό χρειάζονται προσεκτική παρακολούθηση λόγω του υψηλού κινδύνου νόσησης σε σχετικά μικρή ηλικία. Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού εκ μέρους του νοσηλευτή οδηγεί στη συγκέντρωση πολύτιμων πληροφοριών από τις οποίες θα εκτιμηθεί κατά πόσο η εξεταζόμενη γυναίκα χρήζει προσεκτικής και περιοδικής παρακολούθησης.<sup>6</sup>

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής:



- Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα, καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου. Τα προγράμματα αυτά είναι:
  - Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους.
  - Δε κοστίζουν ακριβά.
  - Εύκολα στην εφαρμογή και απλών τεχνικών.
  - Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση.
  - Αναγνωρισμένης αξίας.
  - Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων.
  - Ανώδυνα.
  - Εφαρμόζονται από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία.
- Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους απαντάται επίδραση παραγόντων κινδύνου
  - Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά.
  - Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου σε όλες τις φάσεις της εξέλιξής του.
- Ο γυναικείος πληθυσμός και γενικότερα το κοινό θα πρέπει να ενημερωθεί για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην διεξαγωγή των προγραμμάτων screening. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να αναγνωριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού και της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού (π.χ. διενέργεια εξέτασης του μαστού εκ μέρους του νοσηλευτή, ενημέρωση για τη σημαντικότητα του περιοδικού ελέγχου των μαστών).

### Κινητικές διαγνωστικές μονάδες

Οι «κινητές διαγνωστικές μονάδες» είναι μια πιο αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, παραϊατρικού προσωπικού κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα

διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητικές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό:

- α. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και
- β. Τη διεξόγεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση καρκίνου μαστού.

Η προτίμηση στα χωριά και τις επαρχίες οφείλεται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης.

### Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου μαστού στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνο ως σύμβουλοι. Έτσι, η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.

### Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου.

Τα αναμενόμενα από τον περιοδικό έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

- Παράταση επιβίωσης (στην ομάδα ηλικιών 50 – 64, μείωση θνησιμότητας κατά 30%).
- Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.

Είναι όμως αδύνατο να εκτιμηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου, επειδή:

- Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμη σχετικά βραχεία.
- Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο σε διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός.
- Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

- Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο.
- Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά από μαστογραφίες.
- Αύξηση του αριθμού των εγχειρητικών επεμβάσεων.
- Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δε βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο.
- Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος.<sup>10</sup>

## Μαστογραφία σάρωσης

Τα τελευταία 15 χρόνια η χρησιμοποίηση της σαρωτικής μαστογραφίας διευρύνθηκε, με αποτέλεσμα ν' αλλάξει δραματικά η κλινική εμφάνιση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Σκοπός της σάρωσης με μαστογραφία είναι η αποκάλυψη ενός καρκίνου ο οποίος μέχρι τότε διέδραμε ασυμπτωματικά και δεν επέσυρε υποψία. Η μαστογραφία αυτή απεικονίζει το φυσιολογικό μαστό σε λήψη μεσοπλάγια (λοξή), λοξή και μετωπο – ουραία. Η εξασφάλιση ικανοποιητικής απεικόνισης του μαστού, βασίζεται στην ορθή τοποθέτηση των μαστών και στην εξάσκηση έπ' αυτών πίεσης ομοιόμορφης και έντονης.

Ο ακτινολόγος, ο οποίος αξιολογεί τις μαστογραφίες σάρωσης, αποφαίνεται και κατά πόσο αυτές είναι φυσιολογικές ή μη. Μερικές φορές, με βάση τα ευρήματα της σαρωτικής μαστογραφίας, προσεγγίζεται η διάγνωση.

και εφαρμόζεται η θεραπεία. Πολλές φορές όμως, η αξιολόγηση των ευρημάτων χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

Το πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού, είναι δυνατό να αναγνωρισθεί εάν οι ασυμπτωματικές γυναίκες παρακολουθούνται ανελλιπώς. Επί του θέματος η μαστογραφία βοηθά σημαντικά στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, εάν εφαρμοσθούν στις γυναίκες ηλικίας κάτω και άνω των 50 ετών. Σήμερα, είναι αποδεκτό ότι, η σάρωση των γυναικών ηλικίας 40 – 44 ετών, έχει σαν αποτέλεσμα να σημειωθεί στατιστικώς ελάττωση της θνησιμότητας.

Ανατρέχοντας στη διαχρονική έκφραση της χρήσης της μαστογραφίας, από διάφορες μελέτες βλέπουμε ότι, μέχρι του έτους 1987, περίπου το 1/3 (33%) των γυναικών είχε μια μαστογραφία, ενώ το 17% αυτών είχε και τον προηγούμενο χρόνο.

Από την αρχή της τρέχουσας 10/ετίας παρατηρείται μια αυξητική τάση μαστογράφησης, ειδικά των ηλικιών άνω των 40 ετών, σε ποσοστό 66%. Στην περίοδο αυτή, η συνειδητοποίηση του συνδυασμού της κλινικής εξέτασης και του μαστογραφικού ελέγχου είναι εμφανής με την αύξηση της εφαρμογής των δύο.

Στα προγράμματα σάρωσης εντάσσονται χιλιάδες ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ή των 50 ετών στις οποίες, πλην της κλινικής εξέτασης, σε τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε ένα ή δύο χρόνια), εκτελείται μαστογραφικό έλεγχος και το κόστος αυτού του προγράμματος επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό. Η εφαρμογή μαστογραφίας σάρωσης στις ασθενέστερες κοινωνίες είναι ανέφικτη. Πλην όμως, τα τελευταία χρόνια οι ευκατάστατες γυναίκες των κοινωνιών αυτών από μόνες τους επιζητούν τη μαστογραφία.

Σήμερα ο μη ψηλαφητός και *in situ* καρκίνος του μαστού με τη βοήθεια της μαστογραφίας αναγνωρίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι τυχαίοποιημένες μελέτες στο θέμα της σαρωτικής μαστογραφίας, οι οποίες έγιναν σε γυναίκες άνω των 50 ετών, αποδεικνύουν την ευεργετική χρησιμότητα του τρόπου αυτού. Αντίθετα, σε

γυναίκες κάτω των 50 ετών, η χρησιμότητα της σαρωτικής μαστογραφίας παρέμεινε σε αμφισβήτηση.

Το αποκορύφωμα της αμφισβήτησης αυτής, σημειώθηκε το 1993 στις Η.Π.Α., όταν το National Cancer Institute (NCI) πληροφόρησε ότι, η σάρωση δεν πρέπει να εκτελείται σα ρουτίνα στις γυναίκες οι οποίες ανήκουν στο φάσμα ηλικιών των 40 – 49 ετών. Αντίθετα, μέχρι τότε, το N.C.I. μαζί με άλλους ιατρικούς οργανισμούς υποστήριζε τον τρόπο αυτό. Το σκεπτικό της απόφασης αυτής του N.C.I. βασίζεται στις διχογνωμίες που έχουν οι ειδικοί, για τη χρησιμότητα της σάρωσης, στο προαναφερόμενο φάσμα ηλικιών. Η αλλαγή σκέψης, στην Αμερικανική κοινωνία συμπίπτει με την εποχή, όπου ο πρόεδρος Clinton εξήγγειλε προγράμματα υγείας. Σ' αυτά τα προγράμματα δεν συμπεριλαμβάνεται η δαπάνη της μαστογραφικής σάρωσης για την ομάδα των ηλικιών αυτών.

Η μαστογραφία σάρωσης δεν αποτελεί την οριστική λύση του καρκίνου του καρκίνου του μαστού. Ακόμα, και με την έγκαιρη διάγνωση δεν είμαστε σε θέση να σώσουμε όλες τις καρκινοπαθείς γυναίκες. Είναι γνωστό, ότι, η μαστογραφία δεν αναγνωρίζει όλους τους καρκίνους του μαστού. Επί πλέον, η μαστογραφική αναγνώριση του καρκίνου του μαστού δεν υποδηλώνει ότι, όλοι αυτοί οι καρκίνοι είναι πάντοτε και θεραπεύσιμοι.

Υπάρχει και ο εξής συλλογισμός: Η έγκαιρη αναγνώριση του καρκίνου, να μην έχει και την ανάλογη αναμενόμενη επιμήκυνση της ζωής. Μπορεί η σάρωση να αποτελέσει μέσον έγκαιρης διάγνωσης, αλλά παράλληλα ο θάνατος να παραμόνεύει. Εν συντομία, η αναγνώριση του καρκίνου με τη σάρωση, στις περισσότερες των γυναικών δεν αλλάζει το αποτέλεσμα. Το προσφερόμενο όφελος, σε πολλές απ' αυτές, είναι στο ότι γνωρίζουν την πάθησή τους και προσδοκούν επιμήκυνση της επιβίωσής τους.

Ποια ζημιά μπορεί να προκύψει από τη σαρωτική μαστογραφία; Οι ψευδώς θετικές απεικονίσεις γίνονται αιτία άσκοπων επεμβάσεων. Αντίθετα, οι ψευδώς αρνητικές απεικονίσεις προσδίδουν υπέρμετρη εμπιστοσύνη. Το χειρότερο βέβαια, το αποτελεί το ψευδώς θετικό αποτέλεσμα που οδηγεί σε ανοικτή βιοψία εκτομής. Επομένως, όταν γίνεται λόγος για το κόστος της σαρωτικής μαστογραφίας (μηχάνημα, επιστημονικό και βοηθητικό

προσωπικό) πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το κόστος, το οποίο προκύπτει με τις επιβαλλόμενες ή άσκοπες επεμβάσεις. Η όλη διαδικασία, βέβαια, έχει οπωσδήποτε και το συναισθηματικό της κόστος.

Το πρόβλημα των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων έχει γίνει πολυπλοκότερο, εφ' όσον στις εργασίες σάρωσης έχει προστεθεί και ο *in situ* καρκίνος.

Το θέμα του ψευδώς αρνητικού μαστογραφήματος είναι πολύ σοβαρό, διότι αυτό παρέχει κίβδηλη εμπιστοσύνη. Το 10 – 15% των πρώιμων καρκίνων δεν γίνεται αντιληπτό με τη μαστογραφία. Ως εκ τούτου δεν παρέχεται το δικαίωμα επανάπαυσης και δεν πρέπει να εμπιστευόμεθα τα αρνητικά αποτελέσματα της μαστογραφίας.

Εδώ συζητείται η μαστογραφία, σάρωση, η οποία εκτελείται στις ασυμπτωματικές γυναίκες και όχι η μαστογραφία, η οποία εκτελείται και αξιολογεί συμπτωματικές παθήσεις του μαστού. Το θετικό μαστογράφημα μιας ασυμπτωματικής γυναίκας, η οποία ουσιαστικά δεν παρουσιάζει κανένα κλινικό αντίκρισμα, δημιουργεί μείζον πρόβλημα. Οι γυναίκες, βέβαια, οι οποίες έχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (οικογενειακό ιστορικό) είναι εύκολο να υπόκεινται σε μαστογραφική σάρωση, διότι αυτές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο.

Η μαστογραφική σάρωση δεν αποτελεί οριστική λύση στο θέμα του καρκίνου μαστού. Μια τέτοια λύση δεν είναι ορατή στο εγγύς μέλλον. Επιταχύνοντας όμως, οι προσπάθειες για την ανεύρεση μεθόδων πρόληψης και πραγματικής πρώιμης διάγνωσης.<sup>1</sup>

## Μαστογραφία

### Διαφορές απόψεων στην αξιολόγηση των μαστογραφιών.

Ο παθολογοανατόμος, παρά την κατά 100 φορές μεγέθυνση, μερικές φορές έχει δυσκολίες ορθής διάγνωσης. Ως εκ τούτου η απαίτηση καλύτερου αποτελέσματος με τη μαστογραφική μελέτη είναι εκτός πραγματικότητας. Δυστυχώς, τα μέσα πληροφόρησης έχουν τονίσει υπερβολικά τη διαγνωστική

αξία της μαστογραφίας, με αποτέλεσμα να αποπροσανατολίσουν τον πληθυσμό. Η μαστογραφία, βέβαια, είναι μια χρήσιμη μέθοδος ομαδικής αναζήτησης, χωρίς όμως η τεχνική αυτή να αποτελεί αρκούντως ικανοποιητικό διαγνωστικό τρόπο, διότι οι απεικονίσεις, των καλοηθών και κακοηθών βλαβών μπορεί να ομοιάζουν μεταξύ τους. Η μαστογραφία δεν μπορεί να αποκλείσει τον καρκίνο. Δεν πρέπει να βασιζόμαστε στην μαστογραφία και να αποφασίζουμε για το καλοήθες ή το κακοήθες μιας ψηλαφητής ανωμαλίας. Μια ψηλαφητή διόγκωση μπορεί να μην απεικονίζεται με τη μαστογραφία. Στο αρνητικό αυτό μαστογράφημα δεν πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη σημασία. Μοναδικός στόχος της μαστογραφίας είναι να αποκαλύψει πρώιμα μια σημαντική ανωμαλία. Σπάνια αναμένεται μια οριστική διάγνωση, η οποία θα ταυτίζεται μ' αυτήν της παθολογοανατομικής.<sup>24</sup>

Η αξιολόγηση των μαστογραφιών κι ο θεραπευτικός προσανατολισμός μερικές φορές εμφανίζει τους ακτινολόγους διχασμένους. Οι διαφορές αυτές απορρέουν από τις διαφορετικές ικανότητες και εμπειρίες των εκτελούντων και οι οποίοι ασχολούνται με το ίδιο αντικείμενο. Αυτό επισημαίνεται σ' όλο το φάσμα των ιατρικών πράξεων και εφαρμογών. Οι διχογνωμίες αυτές είναι μεγαλύτερες σ' αυτούς που εκτελούν την κλινική εξέταση και εξάγουν τα συμπεράσματά τους.<sup>2</sup>

Ένας ακτινολόγος, όσο έμπειρος κι αν είναι, μπορεί να υποπέσει σε λάθος και να παροραθεί μια σημαντική βλάβη. Η αναδρομική όμως παρατήρηση τον βοηθάει στην διαπίστωση της βλάβης, την οποία αποδέχεται. Ο ακτινολόγος κατέχει τις ιδιαιτερότητες του καρκίνου. Παρ' όλα ταύτα στη διαπίστωση οποιασδήποτε ανωμαλίας, η ερμηνεία της σημαντικότητας που θα δοθεί μπορεί να είναι διαφορετική. Το υψηλό ποσοστό αναγνώρισης του καρκίνου, αναμένεται να αυξάνει και τα ψευδώς θετικά ποσοστά. Εξ' άλλου η προσπάθεια μείωσης του ψευδούς θετικού ποσοστού, όπως γίνεται σήμερα, γίνεται αιτία να διαλαθούν της προσοχής ορισμένοι καρκίνοι.

Οι ακτινολόγοι, από χρόνια τώρα, προσπαθούν να βελτιώσουν τις διαγνωστικές μεθόδους του καρκίνου του μαστού και αυτό έχει κατορθωθεί κατά πολύ. Επί παραδείγματι, το Αμερικανικό Κολέγιο των Ακτινολόγων,

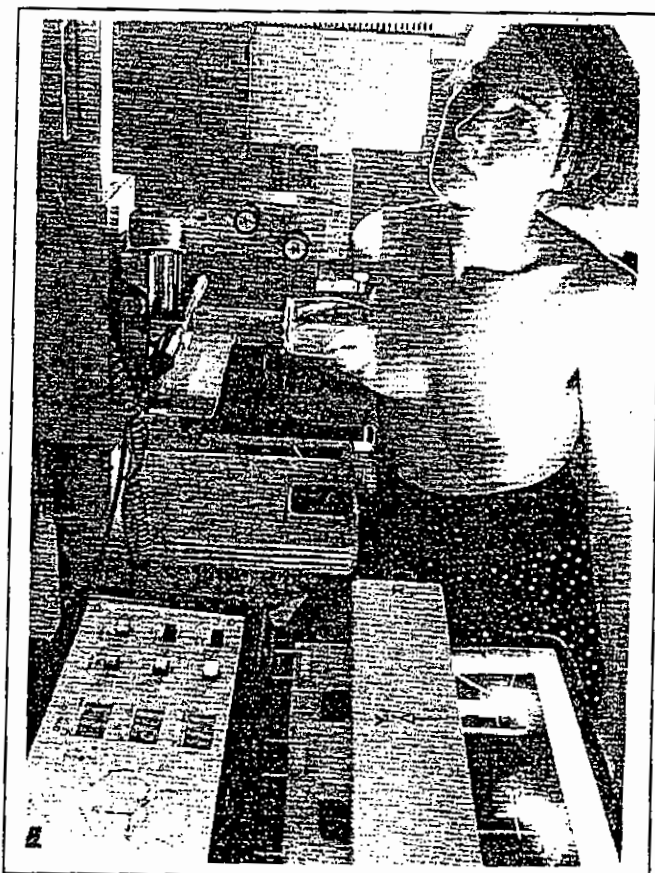
εξέδωσε εγκόλπιο, στο οποίο περιγράφεται η αναγνώριση των ευρημάτων της μαστογραφίας, η βοήθεια για σωστή απόφαση και οι αρχές σύνταξης των μαστογραφικών πιπτοποιητικών.

Το εγκόλπιο αυτό παρέχει τη δυνατότητα διατύπωσης μιας σταθερής μορφής πιστοποιητικού και σε ειδικές κατηγορίες τις πιθανότητες ποσοστού διάγνωσης. Επί του θέματος πραγματοποιούνται και τα ανάλογα σεμινάρια.

Μελετώντας τις μαστογραφικές ανωμαλίες είναι δυνατόν να προσεγγισθεί το ποσοστό του καρκίνου. Ποιο όμως πρέπει να είναι το όριο για επέμβαση; Το όριο αυτό, βέβαια, δεν μπορεί να διατυπωθεί με το ποσοστό του 50%. Το ποσοστό της μαστογραφικής βλάβης του 25%, το οποίο υποδηλώνει καρκίνο, μπορεί να οδηγήσει στην πρέπουσα επέμβαση. Η πιθανότητα, όμως, καρκίνου, που εκδηλώνεται με ποσοστό 10%, είναι δυνατόν να οδηγήσει στην απόφαση της παραμονής της βλάβης στη θέση της; Η γνώμη της ασθενούς, επίσης είναι σημαντική. Η ασθενής και σε πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου, σε ποσοστό 1%, μπορεί να απαιτήσει την εκτέλεση βιοψίας. Υπάρχει όμως και το εξής: Η αναγνώριση του καρκίνου με τη μαστογραφία χρειάζεται 7 – 8 χρόνια, το ψηλαφητό αυτού 8 – 8 – 10 χρόνια. Εάν ισχύουν τα προαναφερόμενα, τότε πιο είναι το επιλήψιμο εάν μια ελαχίστου βαθμού υποψία βλάβης να ελέγχεται επί 6/μήνου βάσης; Η αποκάλυψη ενός τέτοιου καρκίνου στα διαστήματα αυτά δεν θεωρείται απώλεια διαγνωστικού χρόνου και η πρόγνωση ελάχιστα παρεκκλίνει των άλλων καρκίνων.

Οι διαφορετικές απόψεις των ακτινολόγων στην ερμηνεία των μαστογραφικών ευρημάτων, δεν οδηγεί και στην καλλίτερη προσέγγιση, άρα δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε την καλλίτερη προσέγγιση, αυτό βέβαια μπορεί να θεωρηθεί και καλό. Γι' αυτό δεν πρέπει να στεναχωρούμεθα, ούτε και να αναζητούμε την επίρριψη ευθυνών.<sup>1</sup>





### Αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΜ)

Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μία φορά το μήνα με σκοπό την εξοικείωση της με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Η αυτοεξέταση του μαστού είναι απλή, ανώδυνος ανέξοδος και σώζει ζωές. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως του 1,2 εκ. ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 εκ. Η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται από την ηλικία 25 ετών μία φορά το μήνα, την 15<sup>η</sup> μέρα του κύκλου. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες την ίδια μέρα κάθε μήνα. Η ΑΕΜ όταν γίνεται σωστά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης.<sup>20</sup>

## Αντιξήταση Στήθους. Το Κλειδί για την Καλύτερη Υγεία του Στήθους σας

Η αυτοεξέταση του στήθους απαιτεί μόνο λίγα λεπτά από το χρόνο σας κάθε μέρα. Είναι καλύτερα να κάνετε την εξέταση περίπου επτά με δέκα ημέρες μετά την ημέρα έναρξης της περιόδου, όταν το στήθος είναι μαλακό και λιγότερο ευαίσθητο. Μετά την εμμηνοποίηση ή σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση της μήτρας, η εξέταση μπορεί να γίνεται την ίδια ημέρα κάθε μέρα, π.χ. κάθε 1η του μηνός.

### 1

#### Χρησιμοποιήστε έναν καθρέφτη

Σταθείτε μπροστά στον καθρέφτη, στην αρχή αφήνοντας τα χέρια σας να κρέμονται χαλαρά στο πλάι του σώματός σας.

Παρατηρήστε το σχήμα και το μέγεθος των μαστών σας και συγκρίνάτε τους μεταξύ τους. Μη ξεχνάτε ότι οι μαστοί συνήθως δεν έχουν το ίδιο μέγεθος και δεν βρισκονται ακριβώς στο ίδιο ύψος. Εσείς, θα πρέπει να κοιτάξετε για πιθανές αλλαγές στο σχήμα κατά τη περιφέρεια των μαστών, για εξογκώματα ή βουβουλώματα, ανωμαλία στη πτώση του δέρματος ή στην έκπτυξη της θηλής. Προσέξτε αν οι θηλές σας αναπτύσσονται ελεύθερα και προς την ίδια κατεύθυνση και πόσο μοιάζουν μεταξύ τους. Στη συνέχεια, κοιτάξτε την επιδερμίδα σας, παρατηρώντας τη λεία υφή της και το ομοιόμορφο χρώμα της.

Παρατηρήστε τα ίδια πράγματα, τοποθετώντας τα χέρια σας σε διαφορετικές θέσεις.



Χέρια στους γοφούς. Με κόμμη προς τα εμπρός. Χέρια αναψυμένα πάνω από το κεφάλι



### 2

#### Για να εξετάσετε το δεξιό σας μαστό ξεκινήστε αντίστροφα



Σε αυτό το τμήμα της εξέτασης, να θυμάστε ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχουν ορισμένες διογκώσεις. Εσείς αυτό που θέλετε να μάθετε είναι πώς αισθάνεστε τους μαστούς σας σε φυσιολογικές συνθήκες, ενώ είστε υγιείς.

Τοποθετήστε ένα μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα κάτω από το δεξιό σας ώμο και το δεξιό σας χέρι προς τα έξω, με τον αγκώνα σε γωνία 90°.

### 3

#### Ελέγξτε ολόκληρη την περιοχή των στήθους σας. Ξεκινήστε τη διακεκομμένη γραμμή



Η διακεκομμένη γραμμή στην εικόνα περιλαμβάνει όλη τη περιοχή που πρέπει να εξετάσετε. Δώστε ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή με τη σκίαση - εκεί βρίσκεται το μεγαλύτερο τμήμα του μαστικού αδένου.

### 4



#### Χρησιμοποιήστε το κάτω μαλακό τμήμα των δακτύλων σας -όχι τις άκρες

Για να εξετάσετε το δεξιό σας μαστό, χρησιμοποιήστε το κάτω μαλακό τμήμα των τριών μεσαίων δακτύλων του αριστερού σας χεριού.

### 5



#### Μετακινήστε το κάτω μαλακό τμήμα των δακτύλων σας, διαγράφοντας ωθλιές μικρούς κύκλους

Καθώς εξετάζετε το μαστό σας, διαγράψτε με το κάτω μέρος των δακτύλων σας μικρούς κύκλους - περιπου στο μέγεθος νομίσματος. Μην αναστακώνετε τα δάκτυλα καθώς τα μετακινείτε - μπορεί να σας διαφύγει κάποιο σημείο. Αν νιώθετε ότι τα δάκτυλά σας ενοχλούν την επιδερμίδα σας, χρησιμοποιήστε μια λωπίδι για να διευκολύνετε την κίνηση τους.

### 6



#### Καλύψτε την περιοχή εξέτασης, ενώ ώθων ένω κάτω, σε λωπίδι

Αυτός είναι ένας άλλος τρόπος για να καλύψετε όλη την περιοχή που πρέπει να εξετάσετε. Ξεκινήστε από τη μασχάλη σας και προχωρήστε προς τα κάτω έως την περιοχή κάτω ακριβώς από το μαστό. Μετακινήστε τα δάκτυλά σας σε όλο το μήκος - σε πλάτος ενός δακτύλου - και επαναλάβετε με κατεύθυνση προς τα επάνω. Συνεχίστε την κίνηση αυτή από πάνω προς τα κάτω και αντίστροφα μέχρι να καλύψετε όλη την περιοχή αυτοεξέτασης, από την κλείδα έως το σημείο κάτω από το μαστό σας.

### 7



#### Εξετάστε όλα τα εσώθερα τον ιστού του μαστού

Σε όλα τα στάδια της εξέτασης, να μεταβάλετε την πίεση που σκετέ με τα δάκτυλα, ούτως ώστε να μπορέσετε να αισθανθείτε όλα τα επίπεδα του ιστού του μαστού σας. Επαναλάβετε την ψηλάφηση, εξετάζοντας πρώτα απαλά, ύστερα με μέτρια πίεση και τέλος με πιο έντονη.

### 8



#### Εξετάστε την περιοχή της μασχάλης

Ορισμένα τμήματα των μαστών σας εκτείνονται έως τις μασχάλες σας - «ουρά του μαστού». Επαναλάβετε την εξέταση στη περιοχή αυτή, τοποθετώντας το χέρι σας χαλαρά στο πλάι, και θα διαπιστώσετε ότι στη θέση αυτή θα σας δώσει διαφορετική αίσθηση. Επίσης προσέξτε εάν στη μασχάλη σας υπάρχουν συννήβιστες σκληρίες ή ογκίδια - διογκωμένοι λεμφαδένες.

### 9



#### Παρατηρήστε για τυχόν εκογκώματα ενώ τις θηλές

Τέλος, πιάστε τη θηλή του μαστού με τον δείκτη και τον αντίχειρα του αντίθετου χεριού. Παρατηρήστε αν εξέρχεται κάποιο λευκωπό, κίτρινο ή αιματηρό υγρό 26

### 10



#### Επαναλάβετε όλα τα βήματα της αυτοεξέτασης στον αριστερό σας μαστό, χρησιμοποιώντας το δεξιό σας χέρι

Πίνακας 16. Πρώιμα κλινικά συμπτώματα καρκίνου του μαστού.<sup>23</sup>

ΟΓΚΟΣ	65%
ΠΟΝΟΣ	15%
ΕΥΑΙΣΘΗΤΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	7,6%
ΡΥΣΗ ΘΗΛΗΣ	5,2%
ΕΙΣΟΛΚΗ ΘΗΛΗΣ	2,5%
ΕΚΖΕΜΑ ΘΗΛΗΣ	0,2%
ΑΛΛΑ	4,4%

ΟΓΚΟΣ	77%
ΡΥΣΗ ΘΗΛΗΣ	9%
ΤΟΠΙΚΗ ΕΞΟΙΔΗΣΗ	4%
ΕΙΣΟΛΚΗ ΘΗΛΗΣ	3%
ΕΞΕΛΚΩΣΗ ΘΗΛΗΣ	2%
ΑΛΛΑ	5%

#### 6.4. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΡΙΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Όπως ήδη, έχει αναφερθεί, τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης του καρκίνου μαστού στοχεύουν στον περιορισμό της ανικανότητας που προκάλεσε ο καρκίνος καθώς επίσης και στην έγκαιρη διάγνωση υποτροπής της νόσου με παρακολούθηση των ασθενών μετά τη χειρουργική θεραπεία.

Συνοψίζοντας, τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης επικεντρώνονται στα ακόλουθα.

- α) Χειρουργική θεραπεία – Αποκατάσταση.
- β) Μετεγχειρητική ψυχολογική υποστήριξη.
- γ) Έγκαιρη διάγνωση υποτροπής της νόσου.

#### α. Χειρουργική θεραπεία – Αποκατάσταση.

Μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού η προληπτική νοσηλευτική φροντίδα προσανατολίζεται κυρίως στην πρόληψη των επιπλοκών και των παραμορφώσεων που πιθανώς μπορεί να προκαλέσει η χειρουργική θεραπεία.

Σκοπός αυτών των μέτρων είναι να εξελιχθεί φυσιολογικά η μετεγχειρητική πορεία της μαστεκτομηθείσας γυναίκας και να αποφευχθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές που θα επιφέρουν σωματικό και ψυχολογικό κόστος καθώς επίσης και τυχόν παραμορφώσεις στην περιοχή του μαστού που αφαιρέθηκε με αισθητικό και κατ' επέκταση ψυχολογικό κόστος για τη γυναίκα.

Στην αποκατάσταση της μαστεκτομηθείσας περιλαμβάνονται μέτρα αποκατάστασης όπως η τοποθέτηση προσωρινής ή μόνιμης προσθήκης. Η μετεγχειρητική αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό μέτρο τριτογενούς πρόληψης με σημαντικά ψυχολογικά οφέλη για τη γυναίκα, διότι δίνει εκ νέου αίσθημα πληρότητας και επιστροφής στη φυσιολογική κατάσταση. Η τοποθέτηση προσωρινής ή μόνιμης προσθήκης γίνεται κατόπιν επιθυμίας της ίδιας της ασθενούς. Και σ' αυτό τον τομέα ο νοσηλευτής έχει να προσφέρει τεράστιο έργο.

#### β. Μετεγχειρητική ψυχολογική υποστήριξη.

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς είναι αυτή που θα καθορίσει την συμπεριφορά και κατ' επέκταση τον τρόπο ζωής της μετά τη μαστεκτομή. Ο νοσηλευτής οφείλει αμέσως μετά το χειρουργείο να πλησιάσει την ασθενή εκτιμώντας τα συναισθήματά της και εντοπίζοντας προβλήματα ψυχολογικής φύσεως που τυχόν υπάρχουν. Από εκεί και ύστερα σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας μεταφέρει τις εκτιμήσεις του και προσπαθεί από κοινού να στηρίξει την ασθενή προσφέροντας τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη.

Η νοσηλευτική υποστήριξη συνεχίζεται καθ' όλη τη μετεγχειρητική περίοδο και κάθε φορά που η ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο στηριζόμενη κυρίως στην ειλικρίνεια και κατανόηση, στη σωστή και συνεχή επικοινωνία και ενημέρωση της ασθενούς για την κατάσταση της υγείας της

Τέλος, μέσα στα πλαίσια της τριτογενούς πρόληψης εντάσσεται και η κατ' οίκον νοσηλεία καθώς οι δραστηριότητες που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής στο σπίτι στοχεύουν στη στήριξη της ασθενούς, σωματική και ψυχολογική, καθώς περιορίζονται οι επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο για θεραπεία και εξασφαλίζεται μία υψηλής ποιότητας φροντίδα ιδιαίτερα για τις ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου

#### Έγκαιρη διάγνωση υποτροπής της νόσου (μεταστάσεις).

Η χρησιμότητα των προγραμμάτων παρακολούθησης των ασθενών με καρκίνο του μαστού, παρ' όλο που δεν έχει επιβεβαιωθεί, στην κλινική πράξη τα προγράμματα αυτά είναι πραγματικότητα. Οι περισσότεροι των θεραπόντων στους ασυμπτωματικούς ασθενείς εφαρμόζουν πυκνά προγράμματα παρακολούθησης, που βασίζονται σε συχνές εργαστηριακές και ενόργανες έρευνες.

Η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, μετά από την πρωτογενή θεραπεία, γίνεται με σπινθηρογράφημα οστών, ακτινογραφία θώρακος και με υπερηχογράφημα ήπατος. Αυτές οι εξετάσεις, βέβαια, δεν προσφέρουν συνήθως κάτι το ιδιαίτερο. Ως εκ τούτου είναι αποδεκτό η ασθενής να προσέρχεται όταν έχει συμπτώματα. Επί απουσίας συμπτωμάτων, να προσέρχεται ανά έτος για κλινική εξέταση και να αναζητείται ένας δεύτερος πρωτοπαθής καρκίνος του μαστού με τη μαστογραφία. Αυτές οι δύο ετήσιες εξετάσεις θεωρούνται αρκετές. Επίσης η ίδια η ασθενής συμβάλει με τη διενέργεια της αυτοεξέτασης των μαστών.

Σύμφωνα με την άποψη κάποιων θεραπόντων, η έγκαιρη αναγνώριση των μακρινών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού, θα επιφέρει μείωση στη θνητότητα. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι με το σκεπτικό αυτό η ασθενής υποβάλλεται σε έξοδα και σε ταλαιπωρία. Η γυναίκα κάθε φορά με αγωνία αναμένει τα αποτελέσματα, εκ περισσού τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα οδηγούν σε εισβολή διαγνωστικών πράξεων και άσκοπων θεραπειών.

Η αναγνώριση των μεταστάσεων στην ασυμπτωματική τους περίοδο και ο μεγαλύτερος χρόνος επιβίωσης των γυναικών αυτών προκύπτει από την υποστήριξη πυκνών προγραμμάτων παρακολούθησης.

Ο νοσηλευτής μπορεί από τη θέση που κατέχει να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση των μακρινών μεταστάσεων και να συμβάλει έτσι στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθενούς<sup>23</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

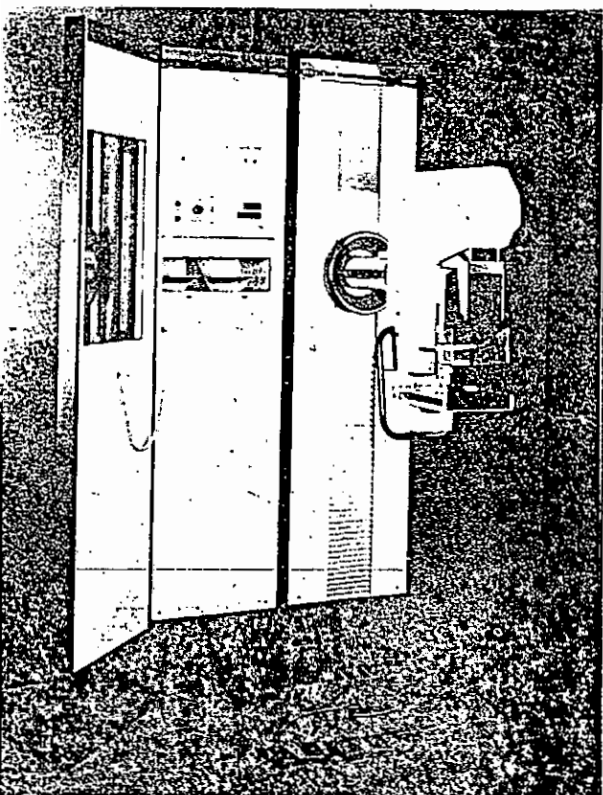
---

### 7.1. Ο Μαστογράφος σήμερα

Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού, με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας<sup>22</sup>.

Στηρίζεται στη διαφορετική διαπερατότητα από τις ακτίνες των φυσιολογικών ή παθολογικών ανατομικών στοιχείων του μαστού. Οπωσδήποτε διαφορά αυτή διαπερατότητας δεν είναι μεγάλη, και η ακτινολογική απεικόνιση των μαστών με κοινά ακτινολογικά μηχανήματα δε μας δίνει αρκετές λεπτομέρειες που να βοηθήσουν στη διάγνωση. Τα ειδικά όμως ακτινολογικά μηχανήματα, οι μαστογράφοι, παράγουν ειδικής ποιότητας ακτινοβολία, και με τη βοήθεια ειδικών ακτινογραφικών πλακών απεικονίζουν με λεπτομέρειες τα διάφορα στοιχεία των μαστών, όπως το δέρμα, το λίπος, τους πόρους, συνδετικό ιστό ή και πρόσθετα παθολογικά στοιχεία, όπως οι αποτιτανώσεις. Το λίπος δίνει την ίδια εικόνα αντίθεσης που δίνουν οι κυψελίδες αέρα στον πνεύμονα.

Οι μαστογράφοι μας δίνουν υψηλού βαθμού αντίθεση, σαφήνεια και λεπτομερή ανάλυση των ανατομικών στοιχείων του μαστού, που η επεξεργασία τους μας βοηθάει σε μεγάλο ποσοστό στη σωστή διάγνωση<sup>27</sup>.

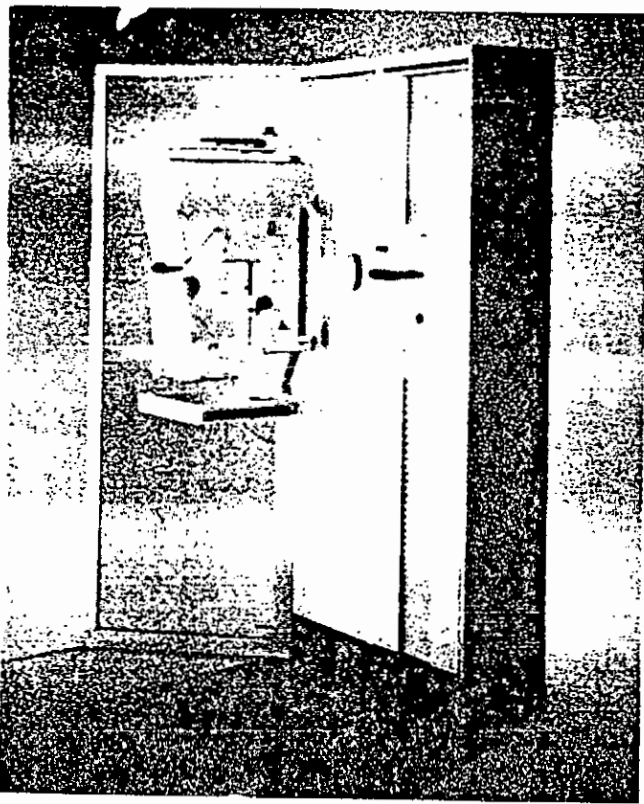


Εικ. 15. Μαστογράφος<sup>28</sup>

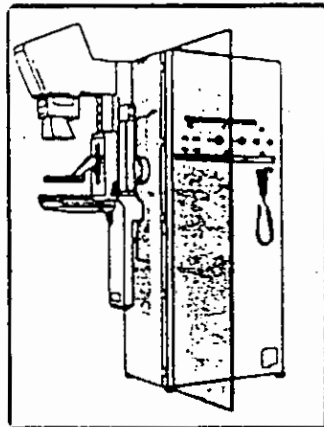
Η τεχνική της μαστογραφίας επινοήθηκε από τον Leborgne το 1953. Τελευταία αντικαταστάθηκαν τα βιομηχανικά φιλμ, τα οποία απαιτούν υψηλή ένταση, με φιλμ τα οποία έχουν επίστρωση λεπτόκοκκου γαλακτώματος βρωμιούχου αργύρου, μόνο από τη μια επιφάνεια. Οι μαστογράφοι διαθέτουν ειδικό πίεστρο με το οποίο ο μαστός συμπιέζεται και έτσι εξασφαλίζεται ομοιόμορφη σκιαγράφηση και ταυτόχρονα ελάττωση της δόσεως λόγω μείωσης του πάχους.







Μαστογράφος Siemens



Μαστογράφος General Electric

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοηθών και κακοηθών εξεργασιών του μαστού κυρίως όμως, είναι η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα<sup>22</sup>.

## 7.2 Η εικόνα του μαστού στην μαστογραφία

Η ακτινολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία ποικίλλει εξαρτάται από την ηλικία, τη φάση του κύκλου της εμμηνου ρύσεως, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία κ.α. Ο μαστός φαίνεται σαν ένα τρίγωνο με την κορυφή προς τη θηλή και βάση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η ακτινολογική εικόνα του μαστού εξαρτάται από τη ποσοτική και την ποιοτική σχέση μεταξύ των διαφόρων ιστικών στοιχείων. Για παράδειγμα ο αδενικός και ο ινώδης ιστός είναι πυκνός και ακτινοσκοπικός ενώ ο λιπώδης είναι διαυγής και λιγότερο ακτινοσκοπικός.

Από την εφηβεία μέχρι την κλιμακτηριακή περίοδο παρατηρούνται διαφορετικοί βαθμοί ανάπτυξης των δομικών στοιχείων, που καθορίζουν την ακτινολογική εικόνα.

Ο μαστός προ της εφηβείας παρουσιάζει μικρή ανάπτυξη αδενικού ιστού που στη μαστογραφία απεικονίζεται όπως ένας μικρός όζος, καλά αφοριζόμενος πίσω από τη θηλή του μαστού.

Ο εφηβικός μαστός με την επίδραση ορμονικών παραγόντων παρουσιάζει πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών και ινώδων στοιχείων. Εμφανίζει έτσι σχετικά ομοιογενή και πυκνή υφή, με αποτέλεσμα η μαστογραφική εικόνα να παρουσιάζει δυσκολίες στην ανίχνευση μιας βλάβης.

Οι μαστοί των νέων και ενήλικων γυναικών παρουσιάζουν περισσότερο κανονική σύσταση. Οι γαλακτοφόροι πόροι με τον αδενικό, διάμεσο συνδετικό και το λιπώδη ιστό δίνουν τη χαρακτηριστική φυσιολογική ακτινολογική εικόνα. Με την πάροδο της ηλικίας και την εναπόθεση λίπους, σε συνδυασμό με την προοδευτική ατροφία του συνδετικού ιστού, που παρατηρείται στις ηλικιωμένες ο μαστός παίρνει ομοιογενή εικόνα.

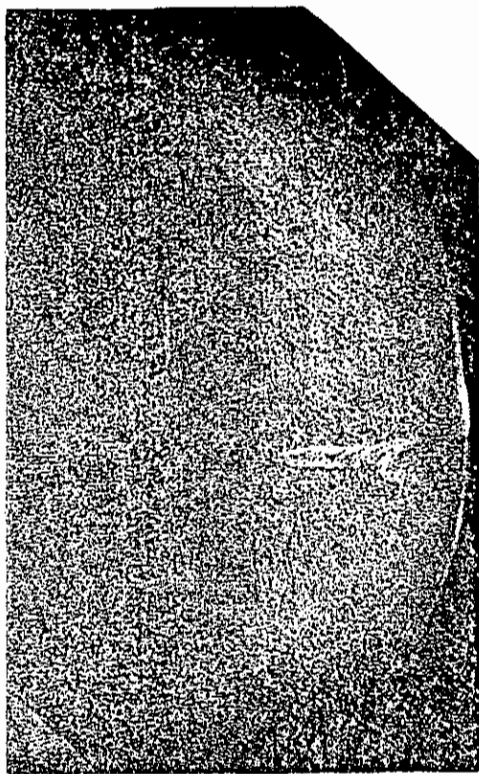
## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι μαστοί παρουσιάζουν αλλαγές και κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Από την αρχή της περιόδου μέχρι περίπου τη 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, ο μαστός παρουσιάζει μικρότερη τάση και στην ακτινογραφία είναι περισσότερο διαφανής. Από τη 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου και μέχρι την έναρξη της περιόδου εμφανίζεται περισσότερο πυκνός, χωρίς βέβαια ουσιαστικές αλλαγές ως προς τη μορφολογία του. Αυτό οφείλεται σε ορμονικές επιδράσεις που εξαιτίας τους ο μαζικός αδένας – και ειδικότερα ο ινώδης και λιπώδης ιστός – επιφορτίζεται με νερό.

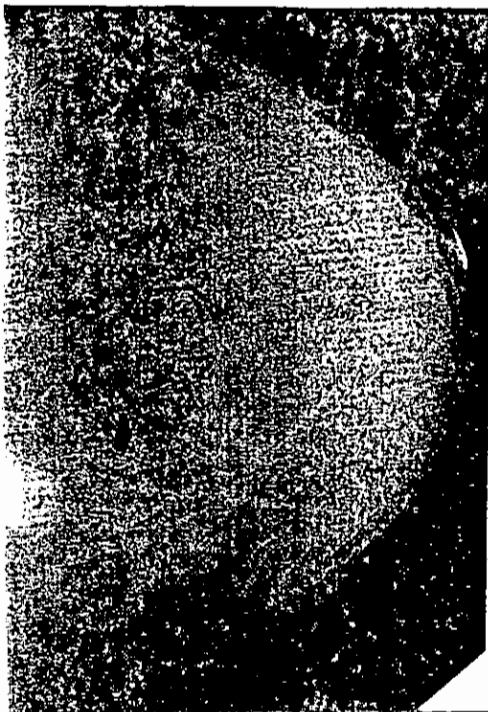
Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται υπερπλασία του αδενικού και του ινώδους ιστού, μεγαλύτερη αγγειοβρίθεια και διερεύνηση των γαλακτοφόρων πόρων στοιχεία που δημιουργούν ασφάλεια στην απεικόνιση του μαστού.

Μετά την περίοδο της αναπαραγωγής ο μετεμμηνορρυσιακός μαστός υφίσταται συνήθως ινολιπώδη εκφύλιση και έτσι μεταβάλλεται η σύστασή του είτε, επειδή αντικαθιστάται από λιπώδη ιστό<sup>22</sup>.

Η εικόνα του μαστού σε μια μαστογραφία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και βασικά από τη σύσταση των μαστών. Οι ακραίες φυσιολογικές καταστάσεις είναι από τη μια μεριά οι μαστοί με έντονη υπερπλασία των αδενικών στοιχείων, όπως σε νέα άτομα, και από την άλλη η υποστροφή των αδενικών στοιχείων και αντικατάστασή τους από λίπος, όπως συμβαίνει σε ηλικιωμένα άτομα. Είναι φανερό, ότι δύσκολα κανείς διαπιστώνει την ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων στον πρώτο τύπο και πολύ πιο εύκολα στο δεύτερο. Ανάμεσα στις δύο ακραίες καταστάσεις βρίσκεται όλο το φάσμα φυσιολογικών μαστογραφιών, ανάλογα με τη σχέση λίπους και αδενικών στοιχείων και την κατάσταση των τελευταίων<sup>27</sup>.

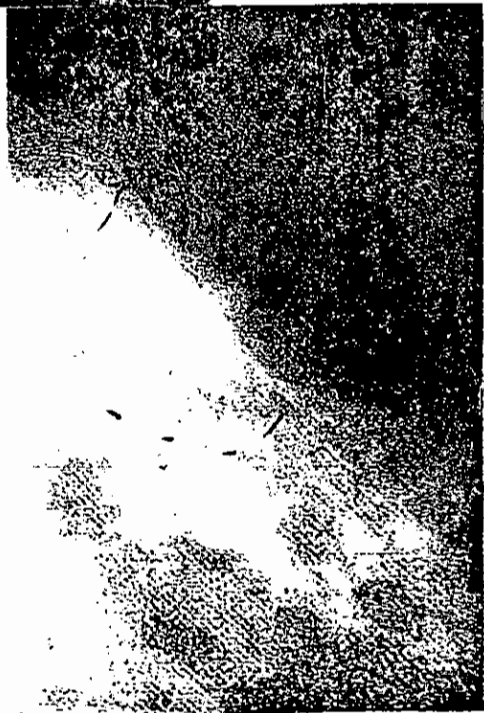


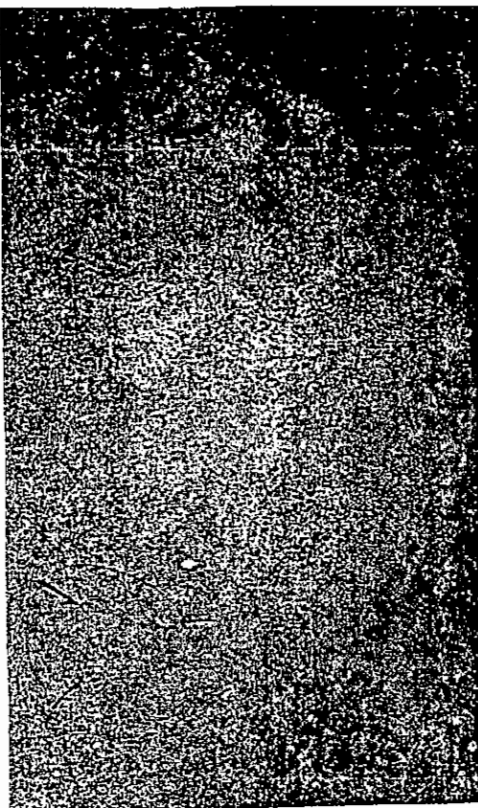
Μαστογραφία γυναίκας 60 ετών. Στο άνω τμήμα της μαστογραφίας διακρίνεται μάζα διαμέτρου 3 εκ. Μυελοειδής καρκίνος



Μαστογραφία γυναίκας 52 ετών (δεξιός μαστός). Στην κλινική εξέταση δεν ψηλαφίσαμε τίποτα ιδιαίτερο στους ογκώδεις μαστούς της. Η μαστογραφία έδειξε μικρό καρκίνωμα στο πίσω μέρος του μαστού.

Μαστογραφία γυναίκας 47 ετών. Βρέθηκαν λίγες αποπιτανώσεις στο άνω και έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού που διακρίνονται καλύτερα σε μεγέθυνση. Η βιοψία έδειξε πολύ μικρό μη διηθητικό καρκίνο. Δεν μπορέσαμε να ψηλαφίσουμε κάτι ιδιαίτερο, παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος βρισκόταν λίγο κάτω από το δέρμα.





*Μαστογραφία γυναίκας 53 ετών. Από μικρή ηλικία ψηλαφούσε μικρό ογκίδιο στον αριστερό μαστό και εξετάζόταν κατά καιρούς. Στη μαστογραφία διακρίνονται δύο ιναδενώματα, αλλά και διαταραχή της αρχιτεκτονικής, σε μικρή περιοχή άνω ημιμορίου. Η βιοψία έδειξε διηθητικό καρκίνο (έκταση 0,7εκ.).*

Όταν μελετούμε μια καλής ποιότητας μαστογραφία (πάντα αμφοτερόπλευρο), τα στοιχεία που προσέχουμε είναι:

1. Η γενική συγκριτική εικόνα των μαστών
2. Το δέρμα. Πάχυνση του δέρματος σε μεγάλη ή μικρή έκταση, δηλώνει τις περισσότερες φορές καρκίνο.

3. Η περιοχή της θηλής και της άλω
4. Την αρχιτεκτονική των αδενικών στοιχείων
5. Την ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας
6. Την ύπαρξη αποτιτανώσεων.

Θα έπρεπε ίσως να σκιαγραφήσουμε από την αρχή την αξία και τη θέση της μαστογραφίας στη μελέτη των παθήσεων του μαστού.

A. Σε κλινικά διαπιστωμένο καρκίνο η μαστογραφία μας δίνει πληροφορίες για την ορθότητα της κλινικής διάγνωσης, την κατάσταση του πάσχοντος αλλά και του άλλου μαστού, το μέγεθος του καρκίνου, τη μορφή και το βαθμό επέκτασης στους γύρω ιστούς και το δέρμα, στοιχεία για τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου, το αποτέλεσμα της θεραπείας σε ανεγχείρητο καρκίνο (π.χ. μετά από ακτινοθεραπεία).

B. Σε γυναίκες που έχουν κάποιο πρόβλημα από το μαστό, που πιθανόν να σημαίνει καρκίνο (ψηλαφητή μάζα, έκκριμα από τη θηλή, ιδίως αιμορραγικό κ.λ.π.) η μαστογραφία θα μας δώσει πληροφορίες για τη φύση του προβλήματος και θα το εντοπίσει, διευκολύνοντας τη χειρουργική διερεύνηση.

Γ. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες η μαστογραφία μπορεί να δείξει μη ψηλαφητό καρκίνο ή στοιχεία τέτοια, που πιθανολογούν καρκίνο και κάνουν τη βιοψία απαραίτητη.

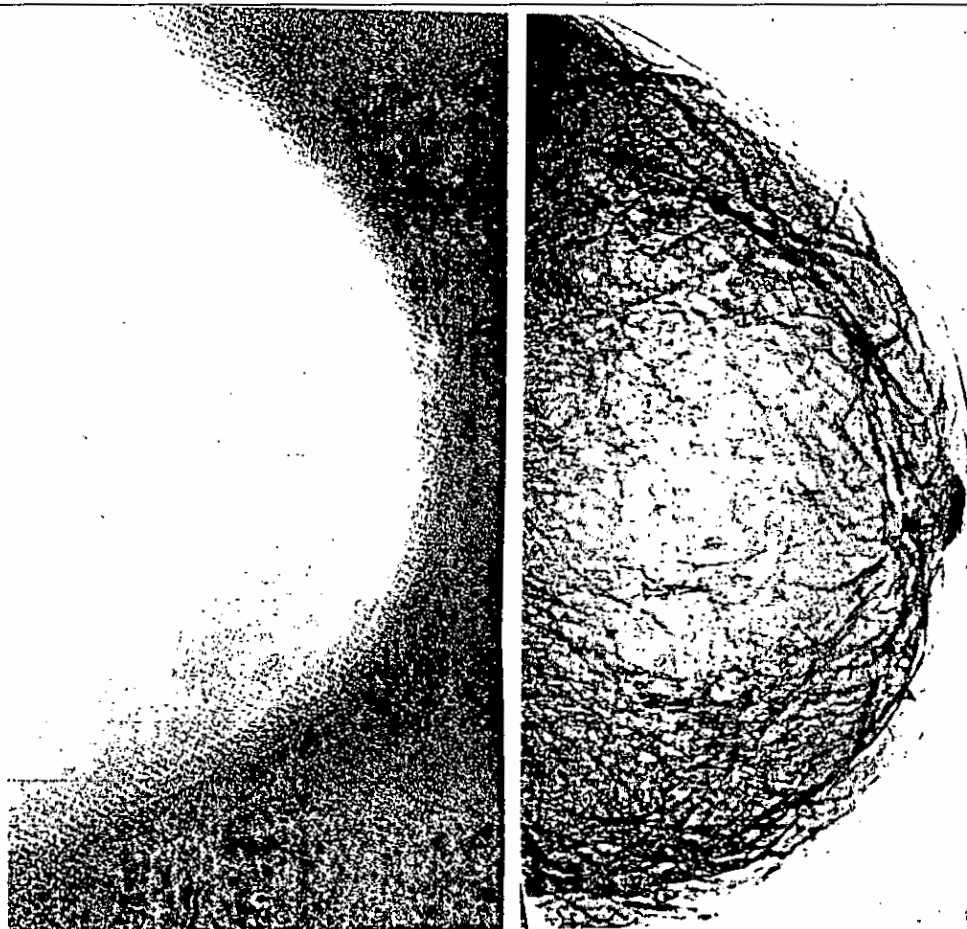
Οι ασυμπτωματικοί καρκίνοι που ανακαλύπτονται μόνο με τη μαστογραφία είναι οι περισσότεροι μη διηθητικοί ή μικροί διηθητικοί καρκίνοι, και συνήθως δεν έχουν ακόμα διηθήσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η θεραπεία των καρκίνων αυτών ακολουθείται από τα υψηλότερα ποσοστά ιάσεων, και εδώ ακριβώς βρίσκεται η αξία της μαστογραφίας και η συμβολή της στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η μαστογραφία μπορεί ν' αποκαλύψει μη ψηλαφητό καρκίνο του μαστού, όταν ακόμη είναι εντοπισμένος στο μαστό και πιθανότατα ιάσιμος, κατά τρεις τρόπος.

1. Βρίσκοντας μια μάζα που είναι πολύ μικρή σε σχέση με το όλο μέγεθος του μαστού για να μπορεί να ψηλαφηθεί.

2. Με την ανακάλυψη μικροασβεστώσεων ενδοσωληνώδους καρκίνου, συνήθως μη διηθητικού, και πριν δημιουργηθεί μάζα

3. Με την ανακάλυψη διαταραχής της αρχιτεκτονικής του καρκίνου πριν αναπτυχθεί η αναπλαστική αντίδραση που τον κάνει ψηλαφητό<sup>27</sup>.



Επίσης με τη μαστογραφία είναι δυνατόν να διαγνωστούν και άλλα σημεία κακοήθειας: αποτιτανώσεις, μονόπλευρη ανάπτυξη ή αλλαγή θέσης των αγγείων και του μαζικού αδένου, διάχυτη πάχυνση του δέρματος, εισολκή της θηλής και παραμόρφωση του υποστρώματος του μαζικού αδένου.

Η μεγάλη αξία της μαστογραφίας έγκειται στην εντόπιση ύποπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση ογκιδίου. Επομένως συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση.

Ενδείκνυται σε:

α. Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, ευκίνητης με καλοήθεις κλινικούς χαρακτήρες. Στη μαστογραφία συνήθως απεικονίζεται ως σκίαση, ομότιμη, ομαλή με σαφή όρια. Σε αυτήν εκτελείται παρακέντηση με την οποία επιδιώκεται η διαφορική διάγνωση μεταξύ συμπαγούς μάζας και κύστης. Αν πρόκειται για κύστη αφαιρείται το υγρό και γίνεται εμφύσηση αέρα (πνευμοκυστογραφία).

β. Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό

γ. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού

δ. Σε προηγούμενη βιοψία μαστού

ε. Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισολκής της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.

στ. Σε ασθενή με καρκίνο στον ένα μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό

ζ. Σε άτομα με υπερμεγέθεις λιπώδεις μαστούς στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.

η. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

θ. Σε άτομα με καρκινοφοβία

ι. Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού<sup>22</sup>.

### 7.3. ΠΟΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.

α. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών. Στις Η.Π.Α. έχει υπολογισθεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες κάθε χρόνο.

β. Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν τη σκοπιμότητά του.

γ. Δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 1 φορά μεταξύ 35 και 40 ετών.

δ. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, συνίσταται μαστογραφικός έλεγχος κάθε ένα ή δύο χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένου και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.

ε. Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται μαστογραφία σε μια γυναίκα που έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο. Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα, φαίνεται ότι έχει σε γενικές γραμμές το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένα έτος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της κ.λ.π. να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό<sup>22</sup>.

Οι συζητήσεις για την εφαρμογή της μαστογραφίας σαν εργαστηριακής μεθόδου εξετάσεως ασυμπτωματικών γυναικών, με σκοπό την επιλογή αυτών που παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα, άρχισαν από το 1960. αναφέρθηκε η ανακάλυψη μικρών μη διηθητικών καρκίνων, κυρίως σε περιοδικές εξετάσεις, και τα συμπεράσματα οδήγησαν σε υιοθέτηση της μεθόδου με ενθουσιασμό από μερικούς, ενώ άλλοι την αποδέχθηκαν χλιαρά. Οι περισσότεροι πίστευαν,



ότι η προσπάθεια και το κόστος μαζικού προληπτικού ελέγχου ασυμπτωματικών γυναικών ήταν δυσανάλογα προς τα οφέλη.

Η μελέτη του Strax ήταν πάρα πολύ εποικοδομητική. Είχε το μεγάλο προσόν, σε σχέση με προηγούμενες μελέτες, ν' αξιολογεί την αξία του συνδυασμού της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η μελέτη αφορούσε σε μεγάλο αριθμό γυναικών που ακολουθούσαν ένα πρόγραμμα περιοδικών εξετάσεων και αντίστοιχο αριθμό γυναικών για έλεγχο. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού της πρώτης ομάδας παρουσίασαν μείωση της θνητότητας από τη νόσο κατά το 1/3 σε σχέση με τις καρκινοπαθείς της ομάδας που δεν ακολουθούσαν το πρόγραμμα του περιοδικού ελέγχου. Η μαστογραφία ήταν ο κύριος παράγων της μείωσης αυτής. Από τις 44 γυναίκες στις οποίες ο καρκίνος δεν ήταν κλινικά ψηλαφητός και ανακαλύφθηκε μόνο με τη μαστογραφία μόνο 3 πέθαναν σε 9 χρόνια (επιβίωση 93,2%).

Θα ήταν σφάλμα να θεωρεί κανείς τη μαστογραφία σαν εργαστηριακή μέθοδο που ανταγωνίζεται την κλινική εξέταση. Η υπεροχή της μιας μεθόδου διάγνωσης του καρκίνου του μαστού έναντι της άλλης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυρίως από το μέγεθος και τη σύσταση του μαστού και το στάδιο της νόσου. Σε μικρούς π.χ. μαστούς με έντονη ανάπτυξη των αδενικών στοιχείων, σε μεγάλους καρκίνους και σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, η κλινική εξέταση αποδίδει περισσότερο, ενώ αντίθετα ένας καρκίνος που δεν έχει σχηματίσει μάζα ή ένας μικρός καρκίνος σ' ένα μεγάλο μαστό σε ηλικιωμένο άτομο θα φανεί καλύτερα στη μαστογραφία.

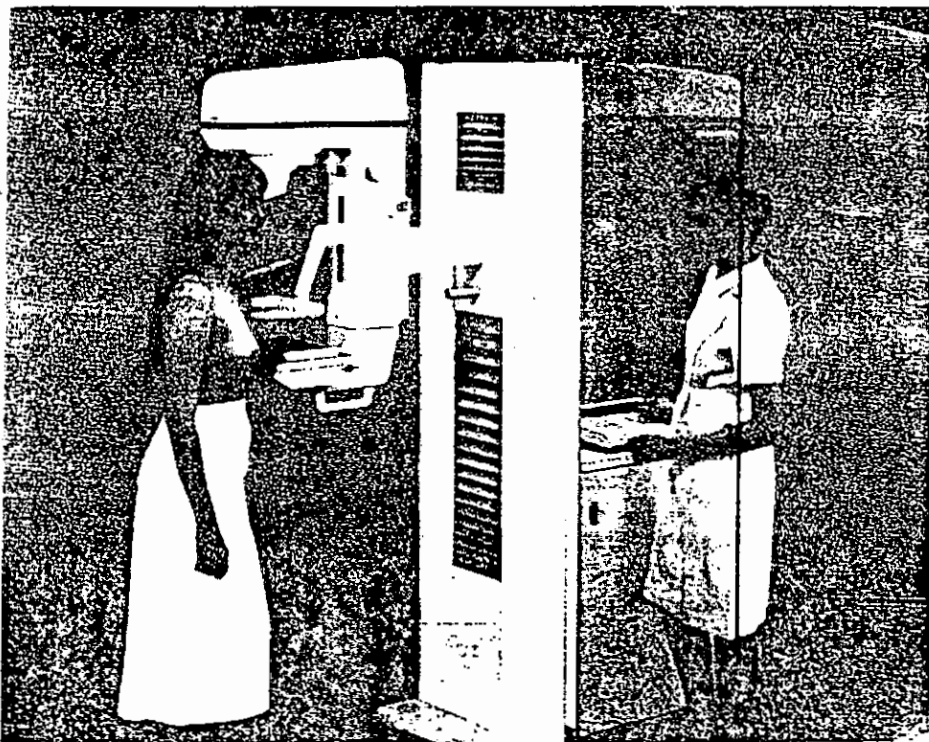
Θα πρέπει ακόμη να τονισθεί, ότι όχι μόνο η κλινική εξέταση ή η μαστογραφία μόνες, αλλά και ο συνδυασμός τους δε μας δίνουν ακριβή διάγνωση 100%. Αν η κλινική εξέταση δείξει κάτι ύποπτο, η αρνητική μαστογραφία δεν πρέπει να καθυστερεί τη βιοψία και αντίστροφα<sup>27</sup>.

#### 7.4. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2 – 0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02 – 0,03 στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς. Σε γενικές γραμμές όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ΚΜ εντούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19 ετών ενώ πάνω από τα 50 πιθανότατα ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία στην ακτινοβολία.

Ο κίνδυνος από μια μόνο μαστογραφία είναι αδύνατον να υπολογισθεί, αλλά κατά πάσαν πιθανότητα είναι πρακτικά ανύπαρκτος ακόμη και σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται η μαστογραφία χαμηλής δόσης.

Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτατα σήμερα στα διάφορα κέντρα μαστού. Το πλεονέκτημα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης (Low Dose Mammography) κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη, γιατί επιτρέπει: (α) τη χρησιμοποίησή της σε νέες κυρίως γυναίκες και (β) επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ<sup>22</sup>.



## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

*Εκτίμηση – αξιολόγηση προβλημάτων – αναγκών*

- α. Ύπαρξη αναπηρίας ή όχι
- β. Ύπαρξη μεταβολικού νοσήματος ή όχι
- γ. Αφυδάτωση
- δ. Πόνος
- ε. Εμφάνιση άγχους και αγωνίας
- στ. Ανάγκη ενημέρωσης και κατατόπισης της ασθένειας

*Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης φροντίδας*

- α. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας
- β. Προετοιμασία ψυχολογική – σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα
- γ. Αναχαίτιση επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης παραγόντων όπως πόνου, ανησυχίας, αφυδάτωσης καθώς και άλλων μεταβολικών νοσημάτων π.χ. σακχαρώδους διαβήτη.

Η φροντίδα των παραπάνω θα συντελέσει στο να διεξαχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η εξέταση, χωρίς να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα καθώς και να βοηθήσει την ασθενή στην ευκολότερη αποδοχή της και στην κατανόηση της τη σπουδαιότητά της.

### ***Νοσηλευτικές παρεμβάσεις***

- α. Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της
- β. Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναίμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.
- γ. Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- δ. Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να

συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.

ε. Σε περίπτωση αφυδάτωσης, η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με τη χορήγηση, κατόπιν ιατρικής εντολής, παρεντερικών διαλυμάτων, με σκοπό την αναχαίτιση ανασταλτικών για τη διενέργεια της εξέτασης παραγόντων και την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς.

στ. Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για την χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη δίαιτά της, φροντίζει επίσης τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.

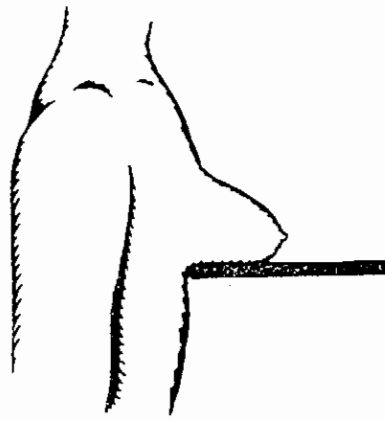
ζ. Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν.

Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια ακολουθήσει την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο, μπορεί να βοηθήσει στη σωστή τοποθέτηση, σύμφωνα με τις διάφορες θέσεις, του μαστού στο μαστογράφο με σκοπό τη σωστή διενέργεια της εξέτασης. Οι διάφορες θέσεις, στις οποίες τοποθετείται ο μαστός είναι:

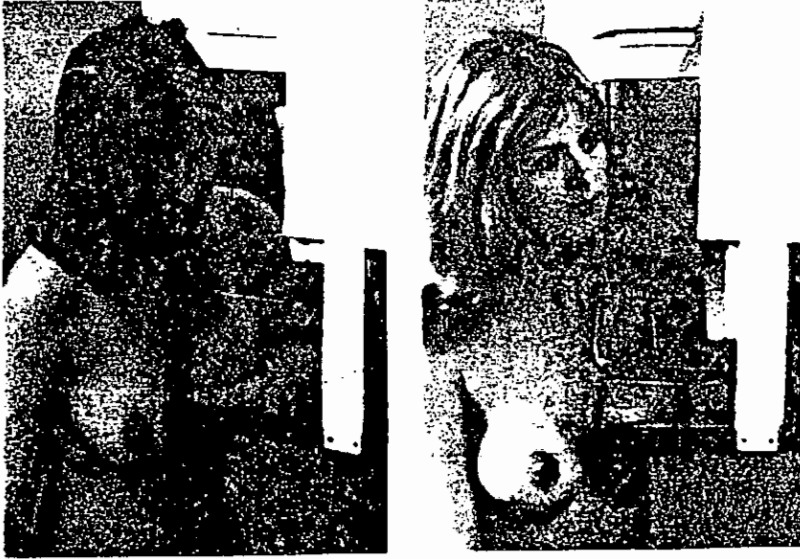
### ***Κρανιο-ουραία προβολή***

α. Τοποθετείται το περιστρεφόμενο βοηθητικό βραχιόνιο σύστημα σε κατακόρυφη θέση έως ότου ο μαστός στηριχθεί άνετα πάνω στη βάση έτσι ώστε να μην υπάρχει καθόλου αέρας μεταξύ της βάσης και του μαστού.

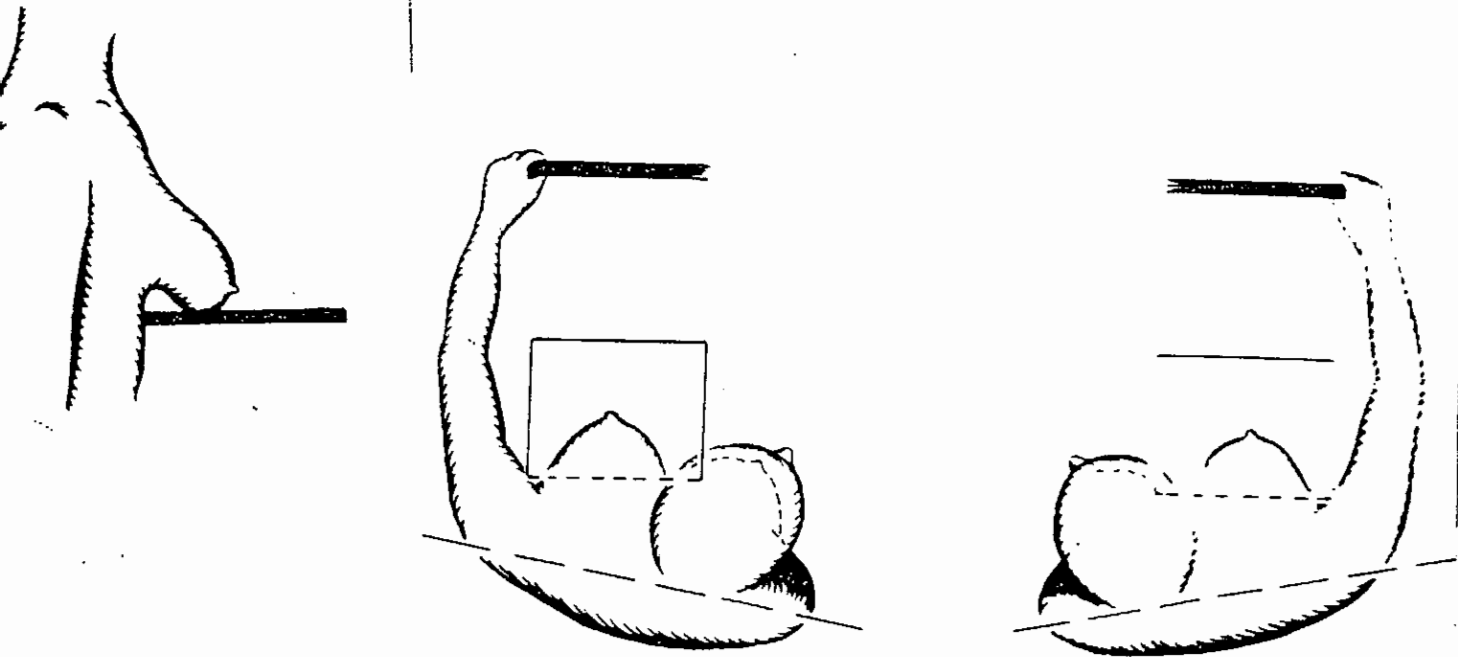
β. Τοποθέτηση του μαστού πάνω στη βάση γίνεται κατά τέτοιον τρόπο ώστε να βρίσκεται συμμετρικά προς τη μέση του φιλμ. Ο κορμός της ασθενούς είναι ελαφρά στραμμένος προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται ενώ το κεφάλι της είναι στραμμένο προς την αντίθετη πλευρά.



Τοποθέτηση του μαστού στο μαστογράφο στην κρानιο-ουραία προβολή



Κρानιο-ουραία προβολή (Siemens Radiographic manual for the MAMMOMAT)



Στη θέση αυτή, ο κορμός της ασθενούς είναι ελαφρά στραμμένος προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, ενώ το κεφάλι προς την αντίθετη.

γ. Η ασθενής γέρνει ελαφρώς τον κορμό της προς το μέρος του μηχανήματος πιάνει με το σύστοιχο προς το μαστό που θα εξετασθεί χέρι το βοηθητικό βραχίονα και σπρώχνει το κορμί της προς την πλευρά του μηχανήματος. Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι σε περίπτωση που η ασθενής έχει κοντά χέρια η στάση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε τέντωμα των θωρακικών μυών πράγμα που μπορεί να έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην παρουσίαση του μαστού. Σε αυτή την περίπτωση είναι καλύτερα να συστήσουμε στην ασθενή να τοποθετήσει το χέρι της στον υποστηρικτή της βάσης.

δ. Κατά τη διάρκεια της λήψης των εικόνων πρέπει να παρθεί φροντίδα για να βεβαιωθούμε ότι η ασθενής δεν γέρνει προς τα πίσω. Σε αυτή την περίπτωση το τμήμα του μαστού, το οποίο είναι συνέχεια του θώρακα δε θα εμφανισθεί στο φιλμ. Για να εμποδίσει το παραπάνω, η νοσηλεύτρια πρέπει να ασκεί πίεση με το χέρι της στην πλάτη της ασθενούς, σπρώχνοντάς την προς το μηχάνημα, ενώ με το άλλο χέρι, να συμπιέζει το μαστό, χρησιμοποιώντας το μοχλό που ρυθμίζει το συμπιεστικό κώνο.

ε. Η συμπίεση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερη, γιατί έτσι αυξάνεται η αντίθεση του μαλακού ιστού του μαστού με βελτιωμένη ακρίβεια παρουσίασης. Επίσης με τη συμπίεση του μαστού μικραίνει το πάχος του και ελαττώνεται ο βαθμός έκθεσης της ασθενούς στην ακτινοβολία. Όσο μεγαλύτερη είναι η συμπίεση τόσο η εικόνα του μαστού θα είναι καλύτερη. Η ασθενής παρακολουθείται και ερωτάται αν μπορεί να ανεχθεί μεγαλύτερη συμπίεση.

στ. Πρέπει να λαμβάνεται φροντίδα, ώστε να έχουμε και παρουσίαση της θηλής στο φιλμ η θηλή πρέπει να επικαλύπτεται από το μαστό.

### **Ουραιο-κρανιακή προβολή**

Ο περιστρεφόμενος βραχίονας τοποθετείται κατά τρόπο που η βάση να έρχεται σε επίπεδο πάνω από το μαστό. Ο κώνος παίρνει τη θέση που στην προηγούμενη στάση κατείχε η βάση. Πάνω στην κατώτερη επιφάνεια του κώνου έρχεται και τοποθετείται χωρίς δυσκολία ο μαστός. Η συμπίεση επιτυγχάνεται όπως και στη κраниο-ουραία προβολή. Η διαδικασία αυτή έχει ως

συνέπεια να βρίσκονται οι τυχόν ανωμαλίες πιο κοντά στο φιλμ και με αυτό τον τρόπο να βελτιώνεται η διάγνωση.

### **Μεσο-πλάγια προβολή**

α. Τοποθετείται ο βοηθητικός βραχίονας ο βοηθητικός σε κάθετη θέση και προσαρμόζεται το σύστημα κάθετα προς το σώμα κατά τέτοιον τρόπο ώστε η πάνω γωνία της βάσης να έρχεται και να τοποθετείται κάτω από τη μασχάλη. Ο βραχίονας της ασθενούς έρχεται και ξεκουράζεται πάνω στο χείλος της βάσης.

β. Η ασθενής γέρνει ελαφρώς προς το μηχάνημα κρατάει με το χέρι της το βοηθητικό βραχίονα.

γ. Γενικά, λόγω της συμπίεσης που θέλουμε να εφαρμόσουμε, ο μαστός πρέπει να ανυψώνεται ελαφρώς και να υποστηρίζεται από τη νοσηλεύτρια έως ότου σταθεροποιηθεί από τον κώνο. Για την ανασήκωση και την υποστήριξη μεγάλων και χαλαρών μαστών χρησιμοποιείται βοηθητική ζώνη η οποία τοποθετείται μεταξύ του συμπιεστικού κώνου και της βάσης.

δ. Σε αυτή τη θέση πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή, για να είμαστε βέβαιοι ότι η ασθενής δεν οπισθοχωρεί κατά τη συμπίεση. Η δημιουργία αναδίπλωσης του δέρματος του μαστού πρέπει να αποφεύγεται.

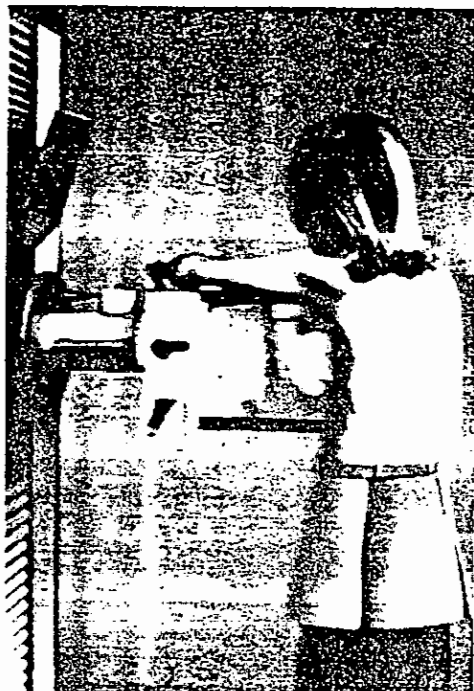
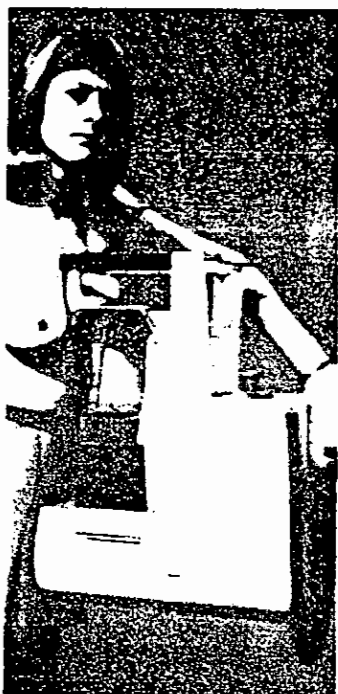
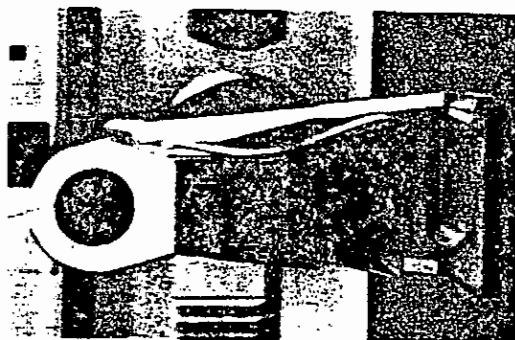
### **Πλάγια – μέση προβολή**

Η διαφορά της από τη μεσο-πλάγια είναι ότι εδώ ο περιστρεφόμενος βοηθητικός βραχίονας μετακινείται σε οριζόντια θέση και το σύστημα προσαρμόζεται κάθετα κατά τέτοιον τρόπο, ώστε η άνω πλευρά της βάσης να έρχεται και να τοποθετείται ελαφρώς υψηλότερα από το ανώτερο μέρος του μαστού. Η ασθενής πρέπει να τοποθετείται λίγο λογά, ώστε το τμήμα του μαστού που έρχεται ως συνέχεια του θωρακικού τοιχώματος να μπορεί να παρουσιάζεται στο φιλμ όσο το δυνατόν καλύτερα.

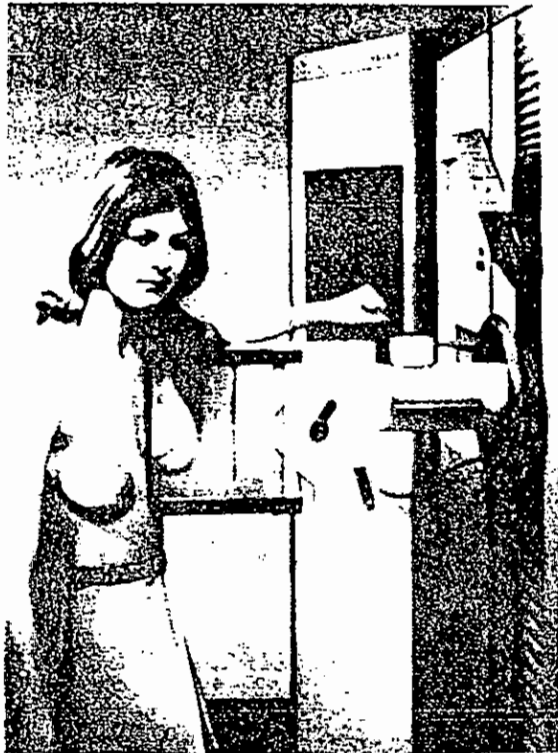
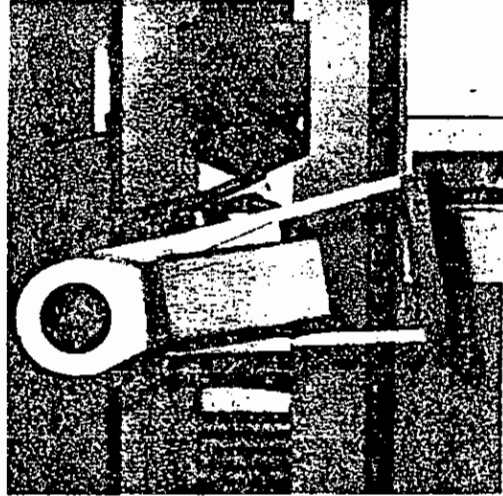
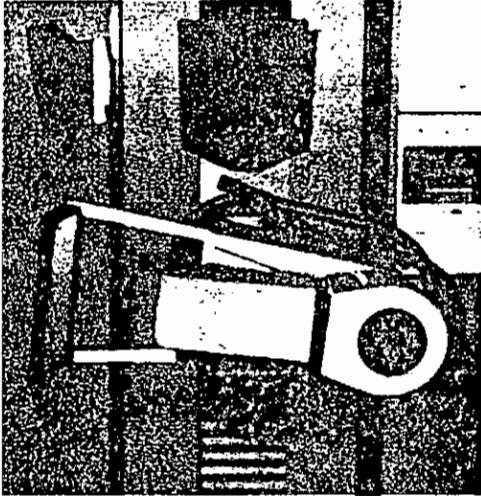
### **Μασχαλιαία προβολή**

Για την παρουσίαση φυσιολογικών ή παθολογικών αλλαγών στην περιοχή της μασχάλης, απαιτείται ειδικός τύπος κώνου.

α. Από την οριζόντια θέση, ο περιστρεφόμενος βραχίονας τοποθετείται  
λοξά.



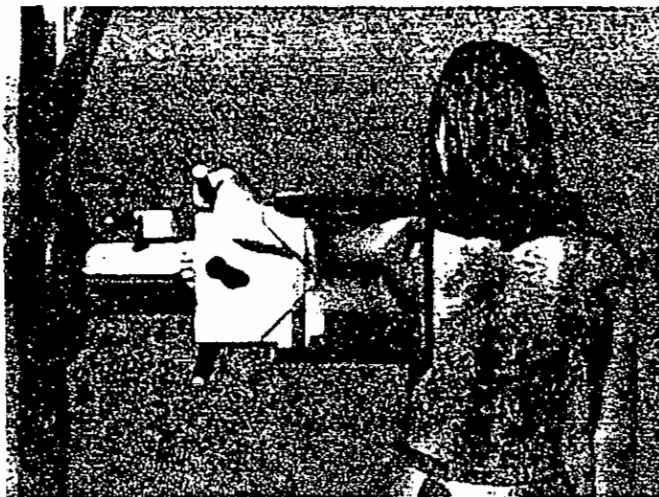
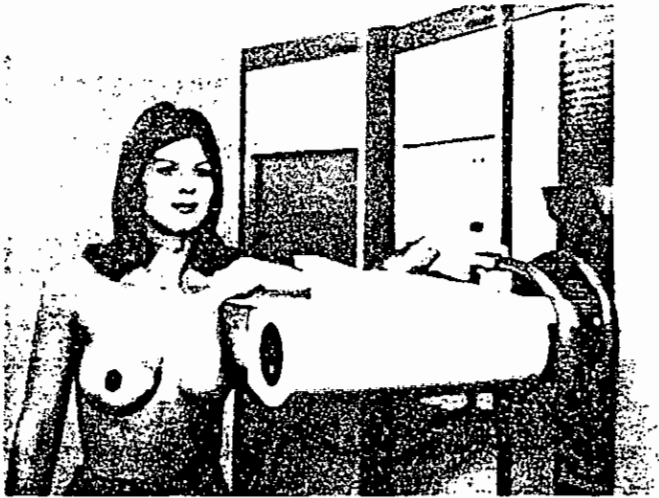




β. Η προς εξέταση μασχαλιαία περιοχή τοποθετείται μεταξύ βάσης και κώνου

γ. Η ασθενής πιάνει με το σύστοιχο χέρι το βοηθητικό βραχίονα και σπρώχνει το σώμα της προς τη μεριά του συστήματος.

δ. Η συμπίεση που επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση του ειδικού κώνου πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερη, γιατί διαφορετικά η προς εξέταση περιοχή δεν θα αναπαρασταθεί με ακρίβεια<sup>22</sup>.



Τοποθέτηση της μασχαλιαίας περιοχής στο μαστογράφο (Siemens Radiographic manual for the MAMMOMAT)<sup>22</sup>

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Σ.Ν., ΠΑΝΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Δ., ο καρκίνος του μαστού – Σύγχρονες απόψεις – Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1998, σελ. 5-35, 67-125.
2. ΠΙΝΑΚΙΔΗΣ Μ., ΜΠΟΥΤΗΣ Λ., καρκίνος του μαστού, Έκδοση Α, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 32-56.
3. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α., Γυναικολογία, Έκδοση Γ, Επιστημονική Έκδοση Παρισίανος, Αθήνα 1994, σελ. 437-456, 462-480.
4. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α., Γυναικολογική Μαστολογία Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισίανου, Αθήνα 1995, σελ. 40-97.
5. LIPERT Η., Μετάφραση ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ Ν.Δ., Ανατομική, Έκδοση Ε, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισίανος, Αθήνα 1993, σελ. 84-86.
6. STAIN Μ., Παθολογία, Έκδοση 4<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παυλίδη, τόμος 2<sup>ος</sup>, Αθήνα, σελ. 246-263.
7. ΤΣΙΓΚΟΥΡΑΚΟΣ Δ., Η συμβουλή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του καρκινοπαθούς από τη σκοπιά του κλινικού ογκολόγου, «Ελληνική Ογκολογία» 1993, σελ. 29, 119-131.
8. ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ Ε., ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ Μ., Θεραπεία του καρκίνου – Παρενέργειες – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ. 71-82.
9. Δρ. MIRIAM STOPPARD, Το γυναικείο σώμα, Εκδόσεις Δομική, 1999, σελ. 66-67.

10. MED B., Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, τρίμηνο περιοδικό της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων, Τόμος ΣΤ, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1992, σελ. 36.
11. ΚΟΚΚΑΛΗΣ Γ., Αλήθεια και Αποκατάσταση, «Μάχη και Ελπίδα» 1990, σελ. 21-22.
12. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε., Μετεγχειρητική Αποκατάσταση στον Καρκίνο μαστού – συμβολή του Νοσηλευτή στην Αποκατάσταση – Εκπαίδευση, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ. 259-261.
13. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, Cancer Pain Relief, Copyright για ελληνική έκδοση ΒΗΤΑ, Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΕ 1993, σελ. 49-55.
14. DOLLINGIEV M., Μετάφραση ΜΑΘΑΣ Χ., Ο καρκίνος Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή Αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους, έκδοση Α, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σελ. 305-306.
15. ΣΙΔΕΡΗ Ι. Η συμβολή της Νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του καρκινοπαθούς, «Ελληνική Ογκολογία» 1993, σελ. 105-108.
16. ΔΟΣΙΟΣ Θ., Πόσο πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του, «Φλόγα», Αθήνα 1986, σελ. 15-37.
17. ΚΟΡΔΙΑΛΗΣ Ν., Πληροφόρηση και καρκίνος. Η αλήθεια και η πραγματικότητα, «Μάχη κι Ελπίδα» 1990, σελ. 4-7.
18. LAMPLEY P., Φοβίες, Αγωνίες και Ελπίδες των καρκινοπαθών. Πως θα βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να βοηθήσουν τον εαυτό τους, «Ελληνική Ογκολογία» 1994, σελ. 180-184.
19. ΣΑΜΑΡΤΖΗ Μ., Ένας αξιοπρεπής θάνατος: Μια ανομολόγητη ανάγκη, «Ελληνική Ογκολογία» 1994, σελ. 248-251.

20. ΤΖΩΡΤΖΙΝΙ., Οι ανάγκες της οικογένειας που υποστηρίζει ασθενή με καρκίνο, «Ελληνική Ογκολογία» 1994, σελ. 123-125
21. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.Θ., Κοινωνική Νοσηλευτική, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1997, σελ. 204-207
22. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε., Καρκίνος Μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 199, σελ. 61-137, 165-259
23. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις: Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σελ. 21-24, 60-65
24. Πατέρας Χ. Πληθυσμιακός Έλεγχος για Καρκίνο του Μαστού με Μαστογραφία, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999, σελ. 258-262
25. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., Όμιλος Εθελοντών κατά του καρκίνου, Φυλλάδιο «Αυτοεξέταση Μαστού», Οκτώβριος 2003.
26. ΜΑΝΟΣ Ε.Χ., «Ε. ΙΑΤΡΙΚΑ». ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ ΜΑΪΟΣ 2002, σελ. 8-11
27. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Πρόληψη, Έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, Αθήνα 1980, βιβλίο Β', σελ. 128-132
28. ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Ν.Γ., ΝΗΦΟΡΟΣ Ν.Δ., ΣΤΥΛΙΑΡΑΣ Λ.Α., Βασική ακτινολογία Λήψεις, Ακτινοανατομία, Ακτινοδιάγνωση Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος».
29. ΚΑΝΔΑΡΑΚΗΣ. Ι., Φυσικές και τεχνολογικές αρχές ακτινοδιαγνωστικής, Εκδόσεις Ελλην. 1994, σελ. 274-280
30. DOLLINGER M., ROSENBAUM E. CABLE G. 1993 σελ. 300-305

